

**SOCIOSANITARIA**

**Arantza ANADÓN GARRIDO**

---

# **TRASTORNO BIPOLAR Y EXCLUSIÓN SOCIAL**

**TFG/*GBL* 2014**



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

**Grado en Trabajo Social**



# **Grado en Trabajo Social**

Trabajo Fin de Grado  
Gradu Bukaerako Lana

***TRASTORNO BIPOLAR Y EXCLUSIÓN SOCIAL***

Arantza ANADÓN GARRIDO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA  
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**



**Estudiante / Ikaslea**

Arantza ANADÓN GARRIDO

**Título / Izenburua**

Trastorno bipolar y exclusión social

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Rubén LASHERAS RUIZ

**Departamento / Saila**

Departamento de Trabajo Social / Gizarte Laneko Saila

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2013/2014

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik



## Resumen

La investigación que se detalla a continuación está basada en una patología denominada trastorno bipolar. El trastorno bipolar también conocido como maniaco-depresivo, es una enfermedad mental que afecta al 4% de la población española. Consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Esta enfermedad se encuentra muy estigmatizada y rechazada por lo que el colectivo que la padece presenta un mayor riesgo de rechazo y exclusión social que el resto de individuos que componen la sociedad. La información y formación es necesaria para combatir el estigma, el miedo y el rechazo. Y se necesita conocimiento sobre el tema para poder superar esas barreras. En el siguiente documento se investigará y detallará cómo afecta y se produce la exclusión social en este colectivo tan vulnerable.

*Palabras clave:* trastorno bipolar; exclusión social; enfermedad mental; estigmatización; desigualdad.

## Abstract

The research described below is based on a condition called bipolar disorder. Bipolar disorder also known as manic depression, is a mental illness that affects 4% of the Spanish population. It consists of an alteration of the mechanisms that regulate mood. This disease is highly stigmatized and rejected so the collective suffering that has presents an increased risk of rejection and social exclusion than other individuals in the society. Information and training is needed to overcome the stigma, fears and rejection. And we need knowledge of the subject to overcome those barriers. The following document will investigate and detail how it affects and produces social exclusion in this vulnerable group.

*Keywords:* bipolar disorder; social exclusion; mental disease; stigmatization; inequality.





## Índice

INTRODUCCIÓN .....	1
1. ANTECEDENTES, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	3
1.1. Antecedentes .....	3
2.1. Objetivos e hipótesis.....	5
1.2.1. Objetivos.....	5
1.2.2. Hipótesis .....	5
2. MARCO TEÓRICO, FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES .....	6
2.1. Marco legal .....	6
2.1.1. Configuración de los Servicios Sociales .....	6
2.1.2. Cartera de Servicios y Recursos de Salud Mental de Andalucía .....	7
2.1.3. Plan Integral de Salud Mental 2008-2012 .....	9
2.2. Trastorno bipolar .....	12
2.3. Servicios que existen en Granada .....	15
2.4. Cómo afecta a la sociedad .....	18
2.4.1. Desigualdad .....	18
2.4.2. Pobreza .....	19
2.4.3. Exclusión Social .....	21
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	31
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
4.1. Resultados de las profesionales.....	33
4.2. Resultados de los usuarios de Granabip (afectados directos e indirectos) .....	37
4.3. Resultados personas elegidas de la calle .....	40
CONCLUSIONES Y PREGUNTAS ABIERTAS .....	47
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS .....	52
ENTREVISTA BEATRIZ (PSICÓLOGA) .....	52
ENTREVISTA MARIA DEL SOL (PRESIDENTA) .....	56
ENTREVISTA USUARIO GRANABIP (PACIENTE – FELIX) .....	58
ENTREVISTA USUARIO GRANABIP (PACIENTE – SONIA) .....	61
ENTREVISTAS FAMILIAR (ROSA).....	62

ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (MAITE) .....	64
ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (JULIA) .....	66
ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (MARIA JOSE) .....	68
ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (ALVARO).....	70

## INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta a continuación va a tratar sobre cómo afecta la exclusión social a ciertos colectivos vulnerables como es en este caso, el que vamos a estudiar e investigar a continuación, el trastorno bipolar.

El trastorno bipolar o también denominado maniaco-depresivo, es una patología mental que presenta un gran desconocimiento en nuestra sociedad y aún más en nuestros días con todos los avances y descubrimientos que se han ido creando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) constata que el trastorno bipolar afecta al 4% de la población española (Vieta y Colom, 2014).

Aunque más adelante se explicará con exactitud en qué consiste exactamente este trastorno mental, en este momento diré que se trata de una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, por lo que se presentan fases en las cuales se padecen síntomas relacionados con la depresión y síntomas relacionados con la manía. También se pueden mezclar los síntomas tanto de la depresión como de la manía, denominándose lo que se conoce como fases mixtas (Vieta y Colom, 2014).

También me parece importante mencionar con exactitud lo que se entiende por el término *salud mental*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad”.

Siguiendo con el contenido de este trabajo, observaremos una serie de investigaciones que se han ido realizado hasta la fecha que vinculan dos de los ejes centrales de este trabajo: exclusión y enfermedades mentales. De igual modo, veremos los objetivos e hipótesis que han sido marcados para realizar la investigación de este trabajo.

Posteriormente, se explicará el marco teórico el cual se divide en cuatro subapartados, principales. Entre ellos; destaca el marco legal donde se explica la configuración de los servicios sociales, la Cartera de Servicios y Recursos de Salud Mental de Andalucía y el Plan Integral de Salud Mental 2008-2012. Posteriormente, una explicación sobre el

trastorno bipolar y los recursos que existen en Granada sobre esta patología, es decir, la asociación Granabip ya que es la única entidad que se hace cargo de este colectivo. Por último, cómo afecta a la sociedad y a la población con trastorno bipolar las realidades de desigualdad, pobreza y exclusión social centrándonos en este último término en el cual nos hemos basado para realizar esta investigación.

A continuación se presentarán los materiales, métodos e instrumentos que han hecho posible el desarrollo de este documento y se detallarán y discutirán los resultados tras las entrevistas que se han realizado.

Y para finalizar se expondrán todas las conclusiones que han sido elaboradas tras la investigación que se ha ido realizando.

Para concluir esta introducción, señalaré que el motivo fundamental para la selección de este colectivo como objeto de estudio del Trabajo Fin de Grado es que he estado este curso realizando las prácticas de la carrera en esta asociación y desde el principio fue un colectivo que me llamó la atención y del que quise informarme y formarme.

## **1. ANTECEDENTES, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **1.1. Antecedentes**

Conocer otras visiones, estudios y diversos puntos de vista que se han realizado sobre la exclusión social y la enfermedad mental es algo muy importante aún en nuestros días debido al gran desconocimiento que se tiene sobre determinadas enfermedades mentales. Es el caso de la patología mental denominada trastorno bipolar, la cual vamos a estudiar, analizar e investigar en este documento.

Vieta y Colom (2004:27) citan a Francesc y Eduard para exponer que “los primeros estudios epidemiológicos sobre el trastorno bipolar datan de la primera mitad del siglo XX”. Antes de esta fecha, no se tienen grandes constataciones sobre ello.

A continuación explicaré brevemente algunas de las investigaciones sobre exclusión social y colectivos vulnerables que se han realizado hasta la fecha y que se han seleccionado como centrales para este trabajo entre el amplio espectro de publicaciones existentes:

- García Serrano, Malo y Rodríguez Cabrero (2000): utilizan indicadores relacionados con dificultades en el ámbito humano, social y de vivienda y la situación económica a través de los cuales definen la exclusión.
- El equipo de Subirats (2004): realiza un análisis de cómo indican algunos factores de desigualdad y define los colectivos más vulnerables y con más probabilidades de sufrirlo. Entre los colectivos vulnerables destacamos las personas con discapacidad que es el ámbito en el que se va a centrar este trabajo, más concretamente la discapacidad mental.
- En un estudio realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía en el que realizaron relatos de vida, estos tenían el objetivo principal de formar modelos de exclusión social e identificar las dimensiones que la definen como vivienda, empleo o salud.

- En “Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa” (Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia, 2010) tratan de identificarse necesidades que no son atendidas correctamente. Trataron con personas vinculadas a entidades que trabajaban con dos colectivos; la lucha contra la exclusión social y la atención a personas con enfermedad mental.
- En el “Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005) pretende establecerse una estrategia de salud mental cooperando con los Estados Miembros creando más políticas de salud y buscando nueva soluciones.
- En el “Programa de atención a personas con trastorno mental grave” (Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2005) proponen crear una red básica de servicios desde el ámbito social que complemente a la red de recursos sociosanitarios para la enfermedad mental y así conseguir la rehabilitación, integración y la no exclusión en la sociedad del individuo con una enfermedad mental grave.
- En “El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa. Un análisis basado en los informes nacionales de los miembros de MHE en los veintisiete países de la UE” (FEAFES, 2009), se hace hincapié en ciertos impactos sobre las personas afectadas por problemas de salud mental; y además, abordan la situación de exclusión que tienen las personas con una enfermedad mental en veintisiete Estados Miembro de la Unión Europea.
- En “Informe sobre salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” (Organización Mundial de la Salud, 2001), se explicita que todos somos iguales y todos tenemos los mismos derechos, se pretende derribar barreras

existentes en la sociedad y declara que toda persona con una enfermedad mental tiene derecho a vivir igual que el resto.

## **2.1. Objetivos e hipótesis**

### *1.2.1. Objetivos*

Objetivo general:

- Analizar la relación entre el trastorno bipolar y la exclusión social.

Objetivos específicos:

- Conocer los motivos que llevan a las personas con trastorno bipolar a ser excluidas y estigmatizadas.
- Conocer la situación laboral que sufren.
- Recoger opiniones sobre la representación que la sociedad tiene de las personas con trastorno bipolar.
- Identificar los principales factores exclusógenos.

### *1.2.2. Hipótesis*

Para el desarrollo de este trabajo se ha procedido a establecer una serie de hipótesis que guíen el análisis de los resultados obtenidos. Son las siguientes:

- Las personas con trastorno bipolar tienen frecuentemente grandes problemas para su inserción laboral.
- Los problemas de salud mental de estas personas les impiden establecer relaciones y vínculos sólidos.
- Gran parte de las personas que tienen trastorno bipolar son mujeres.
- Muchas de las personas que tienen trastorno bipolar consumen o han consumido drogas debido a las cargas familiares u otros problemas que sufren.

## 2. MARCO TEÓRICO, FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES

### 2.1. Marco legal

#### 2.1.1. Configuración de los Servicios Sociales

La configuración de los servicios sociales es algo esencial y fundamental para delimitar nuestra profesión como futuros trabajadores sociales, por lo tanto he considerado oportuno la integración de ésta en la siguiente investigación. Además de que gracias a los avances, medidas, acciones, etc., que se han ido aprobando con el transcurso de los años podemos formarnos e innovarnos en esta profesión. Como mi trabajo de campo está basado en Granada, he añadido la Configuración de los Servicios Sociales de Andalucía.

Tras la transición política se produjo en España la configuración de los servicios sociales como un *“sistema público y organizado de protección social dirigido a todos los ciudadanos y ciudadanas”*. Un proceso iniciado más tarde que en otros países, pero que gracias a las innovaciones y cambios que se han ido realizando en un breve periodo de tiempo, la situación española ha quedado modernizada (Aleman, 1995).

La aprobación de la Constitución Española de 1978 es esencial en este proceso. Gracias a ella se introducen medidas jurídicas y políticas en materia político-social. A pesar de ello, se ha necesitado un desarrollo posterior con el fin de poder afirmar que hoy en día existe en nuestro país un sistema público de servicios sociales. Desde la Constitución hasta llegar a la situación actual se han producido diversos avances que han favorecido este proceso.

Ejemplos de las innovaciones legales que destacan:

- Aprobación de los 17 Estatutos de Autonomía, referentes a los servicios sociales.
- Aprobación de la Ley de Bases de Régimen Local de 1985.
- Aprobación de las 17 Leyes Autonómicas de Servicios Sociales.
- Aprobación de leyes sectoriales que regulan colectivos concretos (Ley General Penitenciaria, Ley de Integración Social del Minusválido o Ley de Aislados y Refugiados).



En el plano de la reordenación administrativa; ésta se inició con el proceso de transferencias, instalaciones, personal y créditos económicos desde la Administración Central a las Administraciones Autonómicas. Se asiste también a un cambio y reorganización de las estructuras administrativas de gestión de los servicios sociales; tanto en la Administración Central como en la Autonómica y en la Local.

Se han hecho avances también en el ámbito de planes de actuación y coordinación administrativa. Se ha creado un Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de Servicios Sociales; y en proceso de implantación se encuentran los Planes Regionales en la materia. Estas innovaciones traen de la mano la creación de redes de trabajo y la puesta en marcha de centros de servicios sociales comunitarios.

Se han elaborado también numerosos planes de actuación administrativa, los cuales pretenden hacer frente a diversos problemas específicos, interviniendo además otros agentes sociales (Alemán, 1995).

En conclusión, estos avances han cambiado los supuestos legales, administrativos y económicos; así como la orientación con que actúan los servicios sociales en España.

#### *2.1.2. Cartera de Servicios y Recursos de Salud Mental de Andalucía*

La Cartera de Servicios y Recursos de Salud Mental de Andalucía se encuentra dividida en dos apartados; la Cartera de Servicios comunes de atención primaria y la Cartera de Servicios comunes de atención especializada.

La *Cartera de Servicios comunes de atención primaria* expone que la atención primaria es el “nivel básico e inicial de atención”. La Cartera garantiza la atención a lo largo de la vida del paciente y actúa como organizador y regulador de casos. Comprende actividades como promoción y prevención de la salud y la enfermedad, educación y asistencia sanitaria, recuperación de la salud, rehabilitación física, etc. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, s.f.).

La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios comunes de atención especializada, incluye en su Cartera:

- Actividades de prevención y promoción; consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las diversas etapas de la vida.

- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos con su respectiva derivación a los servicios de salud mental en caso de ser necesario.
- Seguimiento con los servicios de salud mental y servicios sociales de personas con trastornos mentales graves.

Los centros de atención primaria tienen varias funciones en relación a la salud mental, entre ellas destacamos:

- Efectuar el primer contacto con las personas que asisten.
- Prestar atención sanitaria en casos que no se requiera atención especializada.
- Derivar a personas al nivel especializado de atención a la salud mental, siempre y cuando sea necesario.
- Colaborar con dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

En Andalucía la atención primaria está organizada en treinta y tres distritos de atención primaria. Cada distrito está organizado en zonas básicas de salud formando unidades territoriales de asistencia.

La *Cartera de Servicios comunes de atención especializada* comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción y prevención de la salud y la enfermedad y educación sanitaria. Este tipo de atención especializada garantiza la continuidad de la atención al paciente, hasta que éste pueda volver a integrarse en el nivel de atención primario.

La vía común de acceso a esta red de atención especializada es la atención primaria. El médico de atención primaria es el que puede derivar al paciente a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) que le corresponde cuando lo considere oportuno. Pero además, existen otras vías de acceso al nivel de atención especializada. Entre ellas se encuentran los servicios de urgencia de los hospitales, los servicios sociales y desde el ámbito judicial o de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, s.f.).

La atención a la salud mental en este nivel comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias

Trastorno bipolar y exclusión social

(individuales, grupales y/o familiares), la terapia electroconvulsiva y la hospitalización.

Incluye:

- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en relación con otros recursos.
- Diagnostico y tratamiento de trastornos mentales agudos y crónicos. Abarca el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y/o familiares y la hospitalización cuando ésta sea necesaria.
- Diagnostico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la esquizofrenia. Abarca el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y/o familiares y la rehabilitación.
- Diagnostico y tratamiento de conductas de adicción, como el alcoholismo y las ludopatías.
- Atención a trastornos de salud mental como consecuencia de situaciones de riesgo de exclusión o exclusión.

En relación a esto, Granabip ofrece únicamente asistencia y terapia psicológica. Si algún paciente se encuentra en alguna de las crisis o con un gran malestar general, accede desde Granabip a la consulta del psiquiatra para que lo trate, realice el diagnostico que presenta y lo derive si es necesario a un centro especializado o también se da el caso de acudir a urgencias pero siempre con el argumento de que se va desde la asociación. En ocasiones, cuando un paciente se vuelve agresivo y han tenido que intervenir las fuerzas de seguridad, se le deriva directamente a la Unidad de Agudos de Psiquiatría que se encuentra en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

### *2.1.3. Plan Integral de Salud Mental 2008-2012*

Este plan integral es un elemento importante en la salud mental debido a que cuenta con diversas estrategias, acciones, programas, actuaciones, etc. Destacaré las estrategias para comprobar que algunas de ellas son importantes para esta investigación.

Este plan cuenta con quince estrategias las cuales integran sus respectivos objetivos y actividades. Además, integra el principio de equidad “lo que supone el compromiso de trabajar en la reducción de desigualdades detectadas, en la protección de las personas

más vulnerables y en el respeto a la identidad cultural en una sociedad diversa”. “Desde este plan se plantea la importancia de la acción intersectorial, promoviendo acciones que faciliten la cooperación con otros sectores que juegan un papel en la promoción de la salud mental y en la atención y recuperación de las personas que padecen problemas de salud mental y a sus familias” (Servicio Andaluz de Empleo, 2008-2012).

Las estrategias que se han planteado en el plan han sido:

- 1) Estrategia de comunicación dirigida a la población como profesionales y agentes relacionados con la salud mental para ayudar a luchar contra el estigma, promocionar y prevenir la salud y la enfermedad mental y contribuir a mejorar la calidad de la atención.
- 2) Se promueve un cambio en los sistemas de atención de salud mental, formulando objetivos y actividades orientadas a favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas de la Comunidad Autónoma de Andalucía. También promueve la salud en personas con enfermedad mental, en coordinación y cooperación con los diversos agentes y organismos encargados de este colectivo.
- 3) Se incorpora la perspectiva de género en salud mental para detectar la desigualdad que existe entre hombres y mujeres.
- 4) Se formulan diversas actuaciones. Prevención de los problemas de salud mental, incluyendo la depresión y el suicidio; y mejorar el acceso a actividades de prevención para las personas con enfermedades mentales graves.
- 5) Potenciar la “red de atención” a la salud mental.
- 6) Avance en el desarrollo de programas de apoyo social (búsqueda de calidad, objetivos de recuperación y ciudadanía, coordinación más efectiva, mayor participación de los usuarios/as, profesionales y familias, atención a personas en situación de dependencia, etc.).
- 7) Atención integral a problemas de salud mental que presentan los andaluces.

- 8) Estrategia de “atención específica a la salud mental en la infancia y adolescencia”.
- 9) Programas de “detección e intervención precoz en psicosis” y programas de “tratamiento asertivo”.
- 10) Programas de “tratamiento intensivo en la comunidad”, con el objetivo de tratar asistencia sociosanitaria en el entorno rural de personas con trastornos mentales graves y cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde otros servicios de salud mental.
- 11) Programas de atención basados en el “abordaje terapéutico intersectorial” para aumentar la calidad de la asistencia y la calidad de vida.
- 12) Estrategia para tratar problemas de salud mental de personas en riesgo de exclusión o en exclusión.
- 13) Estrategia para “potenciar la participación activa de usuarios/as y familiares”, mediante programas de ayuda mutua, sensibilización social y voluntariado.
- 14) Acciones orientadas a obtener información necesaria para conocer y medir los problemas de salud mental en Andalucía.
- 15) Estrategias de “formación, investigación y gestión de conocimiento” que permitan avanzar en el conocimiento y faciliten el desarrollo y la consecución de las actividades y objetivos planteados en este Plan.

Como observamos, la principal estrategia enfocada en la siguiente investigación es la número doce. Estrategia para atender a problemas de enfermedades mentales en personas en riesgo de exclusión o que permanecen en la exclusión. Aunque algunas de estas estrategias están también enfocadas en el tema, ya que desde Granabip se promueve la calidad de vida y el bienestar de los afectados por el trastorno bipolar y sus familiares; se promueven cursos de ayuda mutua y de psicoeducación, entre otros, para luchar contra el estigma, mejorar la salud de los afectados, evitar crisis en donde pueden tener ideas de suicidio, empoderar la autoestima de los afectados, potenciar las relaciones sociales, etc.

## **2.2. Trastorno bipolar**

Antes de explicar la asociación Granabip en la cual me he basado para realizar el trabajo de campo de este documento, voy a definir el trastorno bipolar que es la discapacidad mental de la que tratan las personas que forman parte de la asociación.

El trastorno bipolar es una enfermedad que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afecta al 4% de la población española. Esta patología consiste en una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, por lo que los cambios habituales que experimenta cualquier persona en su tono vital, se agravan hasta el punto de requerir hospitalización. Las personas que sufren este problema presentan pérdida de interés en sus actividades habituales, falta de concentración, intensa apatía y alteraciones del sueño y del apetito. Estos síntomas son comunes a las diversas formas de depresión. Aunque también se sufren episodios inversos en los que se sienten capaces de cualquier cosa, se embarcan en numerosos proyectos, hablan en exceso, gastan el dinero en profusión y se molestan e irritan con facilidad. Algunos pacientes presentan fases mixtas, en las que se entremezclan síntomas de depresión y de euforia (Vieta y Colom, 2014).

En “Convivir con el trastorno bipolar” (Vieta y Colom; 2014; 36) se señala: “Si un trastorno bipolar no se trata correctamente puede llevar a la muerte por suicidio en casi un 20% de los casos, y este es el dato más preocupante acerca de esta enfermedad. Es importante entender que las ideas de suicidio son un síntoma de la fase depresiva o mixta, y en ningún momento expresan la libre voluntad del individuo”.

La causa de la enfermedad es biológica y genética en su origen. Nuestro sistema límbico es el encargado de que nuestro estado de ánimo sea estable y acorde a las circunstancias, es decir, regula nuestras emociones. Sin embargo, en las personas que sufren trastorno bipolar el sistema límbico no les funciona correctamente por lo que el estado de ánimo sufre alteraciones.

Los neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la acetilcolina juegan un papel importante en cada fase de la enfermedad; durante las fases maníacas aumenta el nivel de dopamina y durante las fases de depresión disminuye la serotonina.

El factor hereditario juega un papel importante en esta enfermedad. No siempre se hereda, pero puede que se dé. Cuando la enfermedad no surge por herencia, se trata de una persona bipolar de “primera generación” (Vieta y Colom, 2014).

El trastorno bipolar es una enfermedad que no tiene cura. Una persona que lo padece va a estar con ella el resto de su vida, es una enfermedad crónica. Pero gracias a las diversas medicaciones que existen, una persona con trastorno bipolar puede estar durante largos periodos de tiempo estable, sin sufrir cambios o síntomas.

Como he dicho anteriormente, el trastorno bipolar consta de episodios o fases; la fase depresiva y la fase maniaca, que dependiendo de la gravedad pueden considerarse hipomanías. En la fase de manía se eleva el estado de ánimo, se duerme menos, aumenta la energía, se tiene hiperactividad, se gasta con profusión, se está más desinhibido sexualmente, se suelen embarcar en nuevos proyectos, etc. En la fase de depresión suelen estar muy cansados, duermen mas, sufren ansiedad, no tienen interés ni motivación en realizar actividades, son pesimistas y tiene ideas de suicidio. En ocasiones, también se dan síntomas mixtos, esto es cuando se mezclan síntomas de manía en la fase depresiva, o síntomas de depresión en la fase de manía. (Vieta y Colom, 2014).

Existen cuatro tipos de trastorno bipolar: la ciclotimia, trastorno bipolar de tipo I, de tipo II y trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar. La *ciclotimia* se caracteriza por cambios en el estado de ánimo; se confunden las alteraciones de la enfermedad con el carácter de la persona, por lo que muchas personas no se dan cuenta de que en realidad padecen una enfermedad. El *trastorno bipolar de tipo I* presenta fases de manía, depresión, hipomanía y fases mixtas. En estas fases pueden aparecer síntomas psicóticos. El *trastorno bipolar de tipo II* presenta solamente las fases de hipomanía y depresión. Y por último, el *trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar* es similar al de tipo I, pero en esta ocasión, puede presentar también síntomas psicóticos en las fases de eutimia (fases estabilizadas en las que no se presenta ni manía ni depresión).

El trastorno bipolar es una enfermedad que se da mayormente en mujeres que en hombres. De cada hombre que padece trastorno bipolar, se dice que hay 1,4 mujeres que lo padecen también. Las mujeres con trastorno bipolar tienden más a tener fases depresivas mientras que los hombres son más propensos a sufrir fases o episodios

maníacos. Como esto es una de las hipótesis que han sido planteadas al principio de la investigación, en los resultados se mostrará la verificación de esta.

Algo importante a destacar es el “patrón estacional”. Es la presencia del mismo episodio durante una determinada estación del año; es decir, en invierno la persona con trastorno bipolar tendrá depresión invernal mientras que en verano tendrá fases de manía o hipomanía. Esto se encuentra relacionado con las horas de luz solar (Vieta y Colom, 2014).

Destacar también que en este tipo de enfermedad mental el suicidio se encuentra muy presente. Si un caso de trastorno bipolar no se trata correctamente puede llevar a la muerte en un 20% de los casos.

Por último, voy a realizar una breve descripción sobre la valoración de la discapacidad en el trastorno bipolar (<http://www.blopsicologia.net/>), este reconocimiento de la enfermedad es algo importante y determinante para poder recibir una prestación económica por incapacidad o poder recibir la jubilación anticipada. Por lo tanto, el vínculo con la dimensión económica que se atiende en los análisis de exclusión es también evidente. Veamos las fórmulas de reconocimiento de la enfermedad:

- Clase I: 0%. Presenta “síntomatología psicopatológica aislada”, no supone disminución de sus funciones.
- Clase II: discapacidad leve 1-24%. El sujeto puede llevar una vida autónoma o puede presentar una pequeña pérdida de facultades. Puede mantener una actividad laboral normalizada menos en periodos de crisis.
- Clase III: discapacidad moderada 25-59%. Existe impedimento para el desempeño de las actividades cotidianas y en el ejercicio del trabajo. Puede ser necesario medicación y/o tratamiento psicoterapéutico.
  - Se asignará un % de discapacidad comprendido entre 45-59% cuando la sintomatología entorpezca las actividades de la vida de la persona.
  - Se asignará un % de discapacidad comprendido entre el 25-44% cuando dicho trastorno no dificulte el desempeño de sus actividades cotidianas.



Características clínicas que presenta: episodios maníacos recurrentes, depresión mayor de evolución crónica y mala respuesta a los tratamientos.

- Clase IV: discapacidad grave 60-74%. No se pueden realizar las actividades de la vida diaria, la enfermedad debe ser supervisada. Gran disminución de la capacidad laboral, dificultad para mantener la concentración, etc. No puede desempeñar una actividad laboral con regularidad. Características clínicas que presenta: depresión mayor entronizada, sintomatología psicótica crónica, trastorno bipolar resistente al cambio.
- Clase V: discapacidad muy grave 75%. Incapacidad para cuidar de sí mismo y llevar a cabo una vida normalizada. Importante la ayuda y apoyo de otras personas. No existe posibilidad alguna de realizar ejercicio laboral. Características clínicas: síntomas de depresión y/o manía constantes, hospitalizaciones reiteradas por el trastorno, ausencia de recuperación en los periodos críticos.

Como puede comprobarse tras lo expuesto anteriormente, el grado de afectación de la enfermedad es diferente y, por tanto, sus efectos también. Cada persona que padece esta enfermedad puede tomar una medicación distinta, afectarle la enfermedad de diferente manera, llevarla mejor o peor que el resto, etc. Cada persona es un mundo al igual que cada enfermedad.

### **2.3. Servicios que existen en Granada**

En Granada la única entidad que existe para tratar con esta patología mental como es el trastorno mental, es una asociación sin ánimo de lucro denominada Granabip.

Granabip es una asociación de personas con trastorno bipolar y familiares ubicada en Granada. Esta asociación surgió en el año 2008 con el fin de llevar a cabo una actividad colectiva. Es una asociación no lucrativa y apolítica. Está ubicada en la Calle Chile Nº10 en el barrio del Zaidín, en la ciudad de Granada.

El principal fin de esta asociación es mejorar la calidad de vida tanto de las personas que padecen trastorno bipolar como la de sus familiares. “Granabip surgió de la necesidad de dar apoyo tanto a los enfermos por el trastorno bipolar como a sus

familiares” (<http://www.granabip.org/>), ya que cuando a una persona le diagnostican la enfermedad no sabe muy bien qué hacer y cómo llevarla.

Además, es muy importante tener contacto con otras personas que padezcan la misma enfermedad ya que es imprescindible que sepan que no están solos ante un momento tan complicado y que existen otras personas con el mismo problema y en las que se pueden apoyar.

Como se explica en la web de Granabip (<http://www.granabip.org/>), “Granabip supone una pieza clave en la rehabilitación psicosocial de la persona con trastorno bipolar, dentro de su proceso de recuperación, y tiene la misión genérica de mejorar la calidad de vida de los afectados y de sus familias, favoreciendo su capacidad de decisión hacia su propio destino”. “Granabip ofrece una estrategia asistencial que trasciende el ámbito de los síntomas, ofrece a sus socios y socias supervisión y ayuda con su tratamiento farmacológico y psicológico, entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales, rehabilitación cognitiva, grupos de ayuda mutua, e información sobre el trastorno para los usuarios, sus familias y la propia comunidad. Asimismo trata de influir sobre aspectos legislativos y la educación de la población, para modificar su percepción sobre el trastorno bipolar y reducir la discriminación y el estigma”.

Granabip cuenta con una serie de talleres para el enriquecimiento y empoderamiento de sus pacientes, entre ellos se destacan:

- Taller de actitud creativa
- Taller “Detectando tus síntomas”.
- Taller de mindfulness y control del estrés.
- Curso básico de informática.
- Curso sobre el trastorno bipolar e inteligencia creativa.
- Cursos de sexualidad y trastorno bipolar.
- Grupo de ayuda mutua (GAM).
- Taller literario.
- Taller de artemeditación.
- Teatro terapéutico.
- Clases de baile latino.

- Taller de manualidades.
- Taller de prevención y manejo del estrés.
- Taller de inteligencia emocional.
- Taller de adaptación al cambio y resiliencia.
- Curso sobre hábitos de vida saludable.
- Curso sobre habilidades sociales “Aprende a relacionarte con los demás”.
- Taller de autoestima.
- Curso sobre psicoeducación.

Además, de vez en cuando se realizan actividades de ocio como cine fórum, excursiones (playa, montaña, etc.), senderismo y tardes lúdicas en donde se asiste a teatros, cine, charlas, conciertos, etc., en el que los pacientes de Granabip pueden interactuar entre sí, olvidarse de sus problemas y pasar un buen día en compañía.

En cuanto a las funciones y objetivos de Granabip destacan:

- Facilitar apoyo desde que se recibe el diagnóstico para mejorar y afrontar la enfermedad de las personas afectadas y sus familias.
- Favorecer la capacitación y participación de las personas afectadas y sus familias.
- Participar en actividades relacionadas con la salud mental.
- Observar la evolución entre los ingresos que se realizan en los hospitales y su reincorporación en la vida de las personas afectadas por el trastorno bipolar.
- Garantizar a los socios de Granabip los servicios y cuidados que necesiten.
- Ofrecer una atención eficaz y completa para los enfermos y familiares.
- Mejorar en la calidad de vida de los afectados y sus familiares.
- Informar a la sociedad acerca de esta patología para que tengan información sobre ella

En cuanto al perfil de los usuarios de Granabip son en gran parte enfermos, además de familiares de los enfermos o simpatizantes. La única condición es que los usuarios sean de Granada capital o provincia, ya que es la zona geográfica que abarca esta

asociación. Las edades están comprendidas entre los 25 y 70 años de edad aproximadamente. Hay usuarios/as tanto casados/as, como solteros/as, divorciados/as o viudos/as. Acceden a la asociación tanto personas con estudios como sin estudios.

La gran mayoría de ellos/as están en situación de desempleo. Hay jubilados y otros con empleo, pero hay muchos de ellos que han obtenido la incapacidad absoluta, muchos están prejubilados, etc. La nacionalidad de todos los pacientes es española.

La situación actual en la que viven las personas que sufren trastorno bipolar es la falta de apoyos sociales y redes sociales, la falta de comprensión de ellos mismos respecto a la enfermedad, los problemas en las relaciones familiares, la falta de comprensión de la enfermedad por parte de los familiares, los problemas de adicción a las drogas, la falta de recursos económicos, la falta de hábitos saludables que les proporcionen una mejor calidad de salud tanto física como psíquica, la falta de habilidades sociales y hábitos básicos de trabajo, las necesidades afectivas y emocionales y la no utilización adecuada del tiempo libre.

En Granabip, además de todo lo explicado anteriormente, se ofrece ese apoyo que muchos de los afectados necesitan para no sentirse solos. No se trata de una simple asociación, se trata de una gran familia en la que poder apoyarse unos en otros y poder salir adelante con ayuda, con menos dificultades y con la certeza de que no están solos y existen otras personas con los mismos problemas que ellos.

## **2.4. Cómo afecta a la sociedad**

A continuación, trataré de explicar brevemente los conceptos desigualdad, pobreza y exclusión social, centrándome más en el de exclusión ya que es el tema central de este trabajo. Definiré los tres conceptos y explicaré porque cada uno de ellos afecta a la enfermedad mental, como puede ser por ejemplo el trastorno bipolar que es la que vamos a investigar y estudiar en el siguiente documento.

### ***2.4.1. Desigualdad***

La desigualdad es un problema social. La podemos definir como una condición por la cual las personas tienen un acceso desigual a los diferentes tipos de recursos, servicios y posiciones en la sociedad. También como una situación socioeconómica en la que un

grupo de personas es tratado de diferente manera que el resto. Es decir, ese grupo de personas recibe un trato inferior que el resto de individuos y se les margina y discrimina. Esta desigualdad puede darse por razón de género, raza, cultura, economía, etc.

Antiguamente se observaba una mayor desigualdad en las sociedades. La abolición de la esclavitud fue un paso importante en la eliminación de las desigualdades. Aunque en algunas regiones como en Mauritania sigue siendo legal la esclavitud.

Jean Jacques Rousseau expone en su obra *Sobre el origen de la desigualdad entre los hombres* que el origen de la desigualdad es consecuencia de la propiedad privada y de los abusos de poder y riqueza y los beneficios privados. También expone que el origen de la desigualdad radica cuando el hombre se compara con los demás seres humanos y ve las diferencias que existen entre ellos (Rousseau, 1923).

Los países con mayores índices de desigualdades económicas tienen mayores problemas de salud mental y drogodependencias, además de otras dificultades.

Las personas que padecen una enfermedad mental, como puede ser el trastorno bipolar están estigmatizadas, son excluidas socialmente, por lo que están en un plano inferior al de otras personas que no padecen una patología mental. Es decir, sufren desigualdad con respecto al resto de la población por lo que son tratadas de diferente manera. Estas personas son conscientes de que no son tratadas de igual manera y son inferiorizadas por lo que hay que tratar el tema de su enfermedad con ellos para que no se sientan una carga para la sociedad, empoderarles y afianzar su autoestima.

La enfermedad se hace más dura cuando ven que el trastorno les impide afianzar amistades, relaciones, conseguir un empleo, etc. y ven mermada su autoestima. Muchas de las personas que padecen esta patología han intentado alguna vez en sus vidas suicidarse y muchas de ellas lo han logrado.

#### 2.4.2. Pobreza

La pobreza la podemos definir como la falta o carencia de recursos para satisfacer las necesidades básicas del ser humano; como la alimentación, vivienda, sanidad, educación, etc. También puede ser el resultado de un proceso de exclusión social.

La pobreza es vista como el resultado de un modelo económico y social. Se considera pobre o en riesgo de pobreza a un individuo que dispone de menos del 60% del ingreso disponible en una sociedad. Existen tres tipos de pobreza: a los individuos que disponen de entre el 50% y 60% del ingreso medio se les considera que están en riesgo de pobreza. A los individuos que disponen de entre el 40% y el 50% del ingreso se les considera pobres y a los individuos que disponen de menos del 40% se les considera que están en la pobreza extrema (Lasheras y Yoldi, 2011).

La Plataforma Europea contra la pobreza y exclusión en su artículo *Un marco europeo para la cohesión social y territorial*, expone que en el año 2008 más de 80 millones de personas vivieron en la Unión por debajo del umbral de la pobreza. Más de la mitad son mujeres y 20 millones son niños. Con la crisis económica esta situación está empeorando. La crisis ha afectado mayormente a las personas más vulnerables (“Plataforma Europea”, 2011).

Además, explica que los principales grupos de población expuestos al riesgo de pobreza son los niños y jóvenes, los padres de familias monoparentales, hogares con personas dependientes, inmigrantes, minorías étnicas y personas con discapacidad.

En cuanto a los tipos de pobreza se ha realizado una histórica clasificación en dos realidades: la pobreza relativa y la pobreza absoluta. La primera es la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas de una vida digna. Y la segunda, la absoluta, es la falta de ingresos y recursos para satisfacer las principales necesidades básicas tales como la alimentación, la vivienda y la salud (Lasheras y Yoldi, 2011).

La línea de la pobreza es el método más utilizado para medir ésta. La definimos como el nivel mínimo de ingresos necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un determinado país (Lasheras y Yoldi, 2011).

La Plataforma Europea contra la pobreza y exclusión en su artículo *Un marco europeo para la conexión social y territorial*, indica que las personas con discapacidad o alguna enfermedad crónica grave, a menudo se encuentran con graves dificultades económicas y sociales. (“Plataforma Europea”, 2011). De ahí la pertinencia de considerar la variable económica como un elemento central en el binomio que ocupa

este trabajo: trastorno bipolar y exclusión social. Veamos a continuación las características principales de este último fenómeno aludido.

#### 2.4.3. Exclusión Social

La exclusión social es un fenómeno multidimensional que involucra diversas variables entre las cuales destacamos: educación, salud, vivienda, vínculos familiares y sociales y empleo, entre otros.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) expone que la exclusión social es uno de los principales factores que influyen en las desigualdades de salud (Arza, 2008).

En los años 80 se empezó a utilizar el término *exclusión* para sustituir al de *pobreza*. El concepto de exclusión que se utiliza en Europa incluye tres aspectos clave: origen estructural, carácter multidimensional y naturaleza procesual. La definición que se realiza sobre exclusión es la siguiente; *“proceso social de pérdida de integración que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un descenso de la participación social y una pérdida de derechos sociales”* (Laparra, 2001).

Existen tres enfoques sobre la exclusión social (Sarasa y Sales, 2007):

- 1) Exclusión fruto de la voluntariedad y los incentivos negativos: existe una infraclassa que procede de la falta de incentivos y motivación. El origen se encuentra vinculado con el debilitamiento de la familia y la protección del Estado de Bienestar.
- 2) Exclusión fruto de los cambios socioeconómicos: existe un núcleo de pobreza con conductas marginales. Como propuestas de actuación deberíamos de dar cobertura a los nuevos riesgos sociales, fomentar políticas de empleo y mejorar el capital humano.
- 3) Exclusión fruto de un proceso de discriminación activa: discriminación basada en los intereses estamentales y en prejuicios. Se les niega la oportunidad a grupos sociales estigmatizados como discapacidad, drogodependientes, etc.

Como podemos observar esta investigación corresponde al tercer enfoque; exclusión fruto de un proceso de discriminación activa. Exclusión que se produce debido a los prejuicios y a la estigmatización que las personas con enfermedad mental sufren.

Estos tres enfoques sobre la exclusión se corresponden a los tres niveles de análisis de la exclusión:

- 1) Exclusión fruto de los cambios socioeconómicos - nivel procesos estructurales.
- 2) Exclusión fruto de la voluntariedad – nivel de los individuos y grupos.
- 3) Exclusión fruto de un proceso de discriminación activa – nivel de los procesos institucionales, políticos e ideológicos.

Si el enfoque al que corresponde esta investigación es exclusión como fenómeno de discriminación activa, el nivel de análisis al que corresponderá será el mismo, exclusión fruto de un proceso de discriminación activa.

Existen tres dimensiones de la exclusión social (Laparra et al., 2007):

- 1) Dimensión económica: participación en la producción (relación salarial normalizada), y consumo (pobreza económica, privación).
- 2) Dimensión política: ciudadanía política (abstencionismo y pasividad política) y social (acceso limitado a los sistemas de protección social: sanidad, vivienda, educación y garantía de ingresos).
- 3) Dimensión social (relacional): ausencia de lazos sociales, conflictividad social y violencia doméstica.

Por otro lado, la integración social es un proceso por el cual las personas que se encuentran en una situación vulnerable, de marginación, en exclusión; puedan acceder al pleno ejercicio de sus actividades como el resto de individuos de la sociedad.

Existen tres procesos de integración (Commins, 1993) (Laparra, 2001):

- 1) Procesos estructurales: sociedad exclusógena.
- 2) Procesos institucionales, políticos e ideológicos: redistribución de “lugares sociales”, normas de acceso y probabilidades de éxito o fracaso.



- 3) Procesos de respuesta, individuales y colectivos: cada grupo social tiene unos resultados diferentes al resto.

Granabip busca el bienestar social y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el trastorno bipolar y las de sus familias, además de la integración social de éstas en la sociedad para que así puedan llevar a cabo una realización de sus actividades de la manera más óptima posible.

#### *2.4.3.1. Implicaciones metodológicas para el estudio de la exclusión social*

Para conocer más sobre la realidad de la exclusión y el proceso por el que pasa una persona perteneciente a un grupo vulnerable, se explicaran a continuación cuatro procesos que estructuran la exclusión social. Estos son: el fenómeno estructural, el fenómeno multidimensional, exclusión entendida como proceso, como factor heterogéneo y por último, el factor subjetivo de la exclusión.

##### *2.4.3.1.1. Exclusión como fenómeno estructural*

La exclusión se entiende como un fenómeno de causas estructurales que impacta sobre los hogares, individuos, grupos sociales, etc. (Laparra et al., 2007).

Existen tres esferas de riesgo: transformaciones producidas en el mercado laboral, transformaciones en las formas de convivencia y Estado de Bienestar (Taylor-Gooby, 2005).

Transformaciones producidas entre estos tres ejes:

- relaciones entre Estado de Bienestar y mercado de trabajo
- quebrantamiento del modelo familiar tradicional.
- emergencia de las políticas de conciliación familiar (relación del mercado laboral, Estado de Bienestar y cuidados familiares).

A continuación, veremos cuatro esferas que son vulnerables y propensas a la exclusión y que afectan significativamente al colectivo que nos ocupa.

- 1) Precariedad laboral como factor de exclusión

El aumento del empleo precario ha contribuido a que el número de trabajadores que no superan el umbral de pobreza sea alto. La precariedad afecta principalmente al colectivo de mujeres, jóvenes e inmigrantes (Laparra, 2007).

Este aumento de la precariedad es uno de los principales factores de riesgo de exclusión social. Algunos hogares excluidos sobreviven a base de trabajos precarios, actividades ilegales y dispositivos de inserción social (Alfama y Obradors, 2006).

En el colectivo que estamos tratando y estudiando en este documento, personas con discapacidad mental, observamos que la precariedad laboral es un factor de riesgo debido a que no tienen la misma igualdad de oportunidades para acceder a un empleo que el resto de individuos de la sociedad. Y que si consiguen acceder a él, éste será precario. Además, para este colectivo, es muy difícil mantener el empleo debido a las crisis que sufren y las bajas que imposibilitan mantener el puesto de trabajo.

## 2) Los límites en la acción del Estado de Bienestar

La protección del Estado de Bienestar supone la ruptura de la relación que existe entre pobreza y desempleo.

Existen limitadas políticas públicas frente a la pobreza, por lo que las entidades no lucrativas ocupan un lugar hegemónico en la intervención con los grupos más excluidos. Entidades como Cruz Roja o Caritas tienen un gran peso en la acción contra la pobreza y la exclusión (Laparra et al, 2007).

En este caso, Granabip, la entidad en donde hemos realizado el trabajo de campo, es una asociación sin ánimo de lucro que no cuenta con los suficientes recursos ni materiales ni económicos para poder hacer frente a todas las dificultades por las que pasa. Gracias a las subvenciones que recibe del Ayuntamiento, de la Junta de Andalucía y de otros organismos, puede llevar a cabo las actividades y tareas que se propone y puede luchar contra la exclusión de las personas con trastorno bipolar.

## 3) La protección de la familia

La familia es el factor de protección más importante que existe. Ayuda a atenuar la desprotección social y los riesgos en el mercado de trabajo. En países como España, en

los que la familia ejerce mayor labor protectora, la ausencia de la misma o su condición supone un riesgo de exclusión mayor.

Convivir en un hogar con ingresos estables que provienen de empleo o prestaciones, junto con personas en riesgo de desempleo, da lugar a una situación de vulnerabilidad y, en muchas ocasiones, ocasiona pobreza y exclusión (Moreno, 1995), (Gallie y Paugam, 2000).

Los problemas de dependencia, como el cuidado de familiares, afectan sobre todo a las mujeres de las familias más pobres y constituyen una barrera de acceso al empleo, elevados gastos y consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas. Esto es debido a que son principalmente las mujeres las que asumen el papel de cuidadoras sin recibir remuneración ni reconocimiento social. Esto contribuye a reproducir los factores excluyentes ya que no modifican la división sexual del trabajo y refuerzan la desigualdad (Obradors, A., 2006).

En nuestro caso, muchas de las personas afectadas por el trastorno bipolar se encuentran solas sin un apoyo como puede ser el de su familia. Tras la enfermedad, muchas familias dejan de lado a estas personas por lo que ellas tienen que salir adelante sin ese apoyo, por lo que la enfermedad se hace más difícil y la recuperación más complicada.

#### 4) La inmigración

La llegada del flujo migratorio que vive en condiciones de irregularidad y vulnerabilidad marca la dinámica interna dentro de la exclusión. Es muy importante establecer diversas líneas de investigación para poder valorar el proceso de integración de las personas inmigrantes en nuestro país para que la inmigración no se constituya como factor de riesgo de exclusión (Laparra et al, 2007).

Si este colectivo ya está de por sí en riesgo de exclusión, pensemos una persona inmigrante que padece una enfermedad mental, y especialmente si se trata de una mujer. Son factores exclusógenos que por el hecho de tenerlos se puede ser tratado de diferente manera que al resto de individuos de la sociedad.

#### *2.4.3.1.2. La exclusión como fenómeno multidimensional*

La exclusión como fenómeno multidimensional es un proceso complejo que cuenta con barreras en varias dimensiones (Laparra et al, 2007):

- Participación económica: empleo, carencia de ingresos, privación de bienes, etc.
- Participación social: aislamiento, conflictividad social y familiar, etc.
- Participación del bienestar público: no acceso o limitado a vivienda, sanidad o educación.
- Participación política: organizaciones, elecciones, etc.

“Estas limitaciones o exclusiones están condicionadas por déficit en las capacidades de funcionamiento que son a su vez un producto de los procesos exclusógenos” (Sen, 1995).

##### 1) Aproximación al fenómeno a través de la medición de la pobreza:

“La ausencia de definición operativa de exclusión social hace que los indicadores de pobreza sigan ocupando un lugar prioritario en los estudios comparados de política social” (García Serrano, Malo et al., 2001), (Ayala, 2002), (Cantó, Mercader, 2000).

La falta de indicadores ha llevado a que se cree una confusión entre los términos pobreza y exclusión para explicar los mismos problemas o dificultades. Entre los fenómenos que identifican situaciones de exclusión social encontramos: la falta de ingresos, la pobreza económica, la pobreza persistente, la pobreza económica extrema o la pobreza con privaciones en la vida diaria (Laparra et al, 2007).

Muchos de los afectados de Granabip subsisten con una prestación no contributiva que reciben por la discapacidad o una prestación que reciben por la jubilación al estar incapacitados para trabajar.

##### 2) El concepto de privación

El concepto de privación es un acercamiento al concepto de exclusión social debido a la introducción de las dimensiones del gasto y acceso a bienes y servicios (Ayala, Martínez, Mercader, 2006).

### 3) Aproximación a la exclusión a través del indicador de hogares sin empleo

El acceso al empleo es uno de los factores más importantes que tiene incidencia negativa en la pobreza. *“Quizás sea más correcto hablar de los efectos del desempleo o el empleo precario como “riesgo de exclusión” o “factor de vulnerabilidad ante la exclusión social”. Es el caso de las situaciones en las que el desempleo afecta a todos los miembros en edad activa del hogar o a la persona sustentadora principal”* (Laparra, 2004; Sarasa, 2007; Subirats, et al 2004).

Como ya se ha mencionado anteriormente en el apartado de precariedad laboral como exclusión social, los afectados por una enfermedad mental tienen más dificultades para conseguir un empleo, incluso para mantenerlo debido a las crisis que sufren y a las bajas que necesitan para recuperarse. Por ello, además de otros factores, están en inferioridad de condiciones a la hora de acceder a un puesto de trabajo.

### 4) Análisis multidimensional de la exclusión

La multidimensionalidad de la exclusión social puede ser entendida como los factores que intervienen en la determinación de la exclusión en un individuo, comunidad o colectivo. Es decir, no hay un único factor que sea excluyente, sino que la exclusión puede atender a diversos elementos intervinientes en distintos ámbitos.

#### 2.4.3.1.3. La exclusión entendida como proceso

Cuando señalamos que la exclusión social tiene que ser comprendida como un proceso, queremos hacer referencia a que se presenta un “proceso de alejamiento de algunos individuos respecto al centro de la sociedad” (Subirats, 2005 y 2006).

En la exclusión entendida como proceso se han utilizado diversos instrumentos como encuestas panel y relatos de vida.

Contamos con cinco trayectorias:

- 1) Desde la integración a la vulnerabilidad: problemas de pareja, discapacidad.
- 2) Permanentemente en la vulnerabilidad: bajos ingresos o irregularidad.

- 3) Hacia la exclusión desde la integración y la vulnerabilidad: enfermedades, situación laboral.
- 4) Desde la vulnerabilidad a la exclusión más absoluta: prostitución, sida, drogas.
- 5) Vive en la exclusión permanente: personas sin hogar, enfermos mentales.

El colectivo que estamos tratando en esta investigación, como observamos, corresponde a la quinta y última trayectoria; la exclusión permanente. Personas que viven permanentemente en la exclusión debido a la enfermedad que sufren y por la que están estigmatizados y discriminados.

#### *2.4.3.1.4. Exclusión como fenómeno heterogéneo*

En este apartado, la exclusión es entendida como un “fenómeno de distintas intensidades en función del alejamiento de los individuos respecto al centro de la sociedad” (Subirats, 2004 y 2005).

Los individuos que están excluidos son considerados de diferente manera respecto al resto de la población, sin llegar a ser considerados una infraclass.

Existen dos vías de aproximación:

- 1) Población que acude a dispositivos de atención social.
- 2) A partir del análisis de características de grupos de población excluida: en riesgo de exclusión, sin hogar, enfermos de sida, drogodependientes, etc.

Las personas que acuden a Granabip son personas que ya están excluidas socialmente por lo que la vía de aproximación en este caso sería la segunda, a partir de la observación de las características con las que cuenta este colectivo tan excluido.

#### *2.4.3.1.5. El factor subjetivo de la exclusión*

En continuación con los elementos que vienen siendo señalados, es importante atender algunos factores que influyen en los itinerarios individuales y familiares de caída y superación.

Es muy importante incorporar a las personas afectadas en estos itinerarios para poder conocer en primera persona los problemas y dificultades por los que pasan; y también para comprender diversas situaciones que puedan llegar a ser factores de exclusión.

Los instrumentos más utilizados y adecuados son las entrevistas y los relatos de vida. Con ellos podemos llegar a conocer de primera mano las experiencias vividas por los diferentes individuos. Por ello, como se detallará en el siguiente apartado, el instrumento que se ha llevado a cabo en esta investigación ha sido la entrevista y se han seleccionado diversos perfiles para enriquecer más el contenido del trabajo.

La Plataforma Europea contra la pobreza y exclusión en su artículo *Un marco europeo para la cohesión social y territorial*, expone que las personas con problemas de salud mental se incluyen en los grupos más excluidos de la sociedad y la estigmatización, la discriminación y la exclusión son grandes obstáculos para la salud, el bienestar y la calidad de vida (“Plataforma Europea”, 2011).

La salud es una variable importante que se encuentra vinculada a la exclusión por diversos motivos, entre ellos:

- Diversos fenómenos relacionados con la salud actúan como “factores exclusógenos”. Como ejemplo se encuentran la enfermedad mental y las discapacidades.
- Las personas en exclusión o en riesgo de padecerla suelen ser propensas a sufrir problemas de salud.

Las personas que padecen trastornos mentales graves son uno de los colectivos más afectados por la exclusión. Muchos de ellos tienen grandes dificultades para desenvolverse en la vida diaria y poder ser autónomos, superar las fases de crisis, etc. Por ello, estas personas presentan riesgo de exclusión y marginación social.

También es fundamental destacar los problemas de drogas que tienen las personas que padecen esta enfermedad mental. Anteriormente, el consumo de drogas estaba ligado a la exclusión y marginación. Y actualmente, hay diversos colectivos que aún están estereotipados en relación al problema de las drogodependencias; como los adictos a la heroína, los que padecen enfermedad mental, las personas sin hogar y los que están o han estado ingresados en centros penitenciarios.

Estos colectivos son los más afectados por la exclusión y sufren un gran rechazo y estigmatización por parte de la sociedad.

Muchas personas con una enfermedad mental, en este caso el trastorno bipolar, no están capacitadas para trabajar en determinados empleos. Además de que si una persona con esta patología está buscando un empleo, si en él saben que padece esta enfermedad, será más difícil que lo empleen en ello por la estigmatización y el rechazo que produce el padecer una enfermedad mental.

Además, muchas familias dejan de lado y rechazan al familiar que sufre esta enfermedad por lo que muchos no cuentan con ninguna ayuda económica ni apoyo por parte de ellos. Solo se tienen a ellos mismos. Y si no cuentan con un trabajo, que muchos de ellos no lo poseen, únicamente cuentan con la ayuda que reciben por la discapacidad que padecen o en el caso de estar jubilados, también esa ayuda económica.



### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

El método de investigación que se ha seleccionado para este estudio empírico es el cualitativo. En concreto, la estrategia y técnica utilizada en esta investigación ha sido la entrevista. Se han realizado entrevistas a dos profesionales de Granabip, psicóloga y presidenta y a varios pacientes afectados por el trastorno bipolar. Como la mayoría de los afectados de Granabip cuentan con cargas familiares y no tienen buenas relaciones con sus familias, únicamente he conseguido realizar una entrevista a un familiar. También he realizado varias entrevistas a personas que se encontraban en la Facultad de Ciencias del Trabajo y Trabajo Social, dos alumnos y un profesor. Además de a una señora madre de una alumna.

A continuación, añadiré una tabla en la que consta el número de personas entrevistadas, la edad, el sexo y demás datos de interés. A la hora de realizar las entrevistas he tenido en cuenta abarcar diferentes perfiles para enriquecer el análisis de trabajo. Entre los perfiles encontramos, como he dicho anteriormente, además de personas de la calle, personas afectadas por el trastorno bipolar, familiares, y profesionales especializados en el trastorno bipolar.

Como se ha indicado inicialmente, la metodología utilizada es cualitativa ya que como herramienta de trabajo he utilizado la entrevista. Esta herramienta es la más adecuada para recoger la información necesaria y poder contrastar la realidad con los objetivos y cuestiones aquí planteadas. Preparé un guion de entrevista; diferente para el caso de afectados, familiares, profesionales y personas de la calle. Tanto los guiones como las respuestas se encuentran en anexos.

Por último, mencionar que para mantener el anonimato de algunas de las personas entrevistadas, se ha procedido a cambiarles el nombre, principalmente a los pacientes y familiares de Granabip.

**Tabla 1.** Entrevistas

Ocupación	Sexo	Edad	Población
Profesional (psicóloga)	Mujer	36	Granada
Profesional (directora)	Mujer	73	Granada
Paciente (afectado)	Hombre	32	Granada
Paciente (afectada)	Mujer	30	Granada
Paciente (familiar)	Mujer	55	Granada
Persona elegida al azar (alumno)	Hombre	28	Cenes de la Vega
Persona elegida al azar (profesor)	Hombre	42	Escúzar
Persona elegida al azar (madre)	Mujer	53	Motril
Persona elegida al azar (alumna)	Mujer	22	Santa Fe

Fuente: Elaboración propia

## **4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Como ha podido adelantarse en el marco teórico, el trastorno bipolar es una patología que está muy estigmatizada y discriminada por la población por lo que las personas que lo sufren sienten un rechazo social y una desigualdad con respecto al resto de la población muy significativa. Por lo que están excluidos socialmente, al igual que las personas que padecen esquizofrenia. Entre los efectos más conocidos, en la mayoría de los trabajos no se contrata a personas con este tipo de patología, por lo que muchos ocultan su enfermedad para no sufrir además de rechazo social, rechazo laboral y poder obtener un empleo. Muchos de ellos han sido también rechazados por sus familias; al tener fases maniacas muchas familias desesperan y les dejan de lado. Muchos se divorcian por los problemas que causa la enfermedad. Por lo que la mayoría están solos y no cuentan con ningún apoyo. Al no tener a nadie y no contar con un empleo tienen problemas económicos. Muchos de ellos subsisten con la paga que reciben por la discapacidad que presentan o también por la jubilación, ya que al estar incapacitados para trabajar, tienen que jubilarse antes que el resto de personas sin ninguna patología.

En este apartado procederé a analizar precisamente si se cumple el apuntado binomio entre trastorno bipolar y la exclusión social. Para así, poder llegar a unas conclusiones finales acerca de la investigación elaborada a partir de la información recogida y de las entrevistas tanto a los pacientes y familiares, como a los psicólogos y demás personas de la calle.

Primero analizaré las entrevistas realizadas dependiendo del perfil de la persona entrevistada. Es decir, analizaré las entrevistas de los profesionales por un lado, la de los pacientes y familiares por otro lado, y por último, la de las personas de la calle; para finalmente poder contrastar las hipótesis.

### **4.1. Resultados de las profesionales**

Tomando la información recogida tras el contacto con las profesionales, la mayoría de miedos y temores que presentan las personas con trastorno bipolar están relacionados con la imagen que la sociedad y el resto de individuos tienen de ellos, del miedo que suscitará en los lazos familiares y sociales. Como dice Beatriz, la coordinadora de

psicólogos de Granabip, *“cómo manejar una nueva relación y cuándo contarlo, gestionar el sufrimiento derivado de amigos que ya no vuelven más”*.

Estos temores y problemas se remontan a los prejuicios sociales que existen en la sociedad aún hoy en día en pleno siglo XXI. Beatriz expone que son prejuicios muy peligrosos debido al doble efecto que presentan; *“el paciente termina por asumirlos, provocando un alto impacto negativo en su autoestima, empeorando su proceso de recuperación y en muchos casos el cuadro clínico”*.

Hasta tal punto afecta la exclusión a esta enfermedad mental como es el trastorno bipolar que en ocasiones, es mejor que la oculten. Como dice María del Sol, presidenta de Granabip, *“en esta asociación se les aconseja no decir que se padece el TB nada más que aquellas personas familiares, amigos, de su entorno más cercano”*.

En cuanto al estigma social, María del Sol dice que este es *“inherente a la enfermedad mental”*. Es decir, la sociedad estigmatiza a la persona por el hecho de padecer una enfermedad mental, la saca de lo *“común”*, la encasilla. Esto hace que las personas con trastorno bipolar se aislen, se recluyan y puedan adquirir incluso fobia social por miedo al rechazo.

La discriminación también está muy presente en este trastorno mental. Como he dicho anteriormente, los antiguos estereotipos de las personas con trastornos mentales aun existen en la sociedad y es lo que genera ciertas actitudes negativas hacia estas personas. Como expone Beatriz *“Si se percibe a una persona como “potencialmente peligrosa”, o “problemática”, con toda seguridad acabe generando rechazo y distancia social. Muchos de los usuarios/as de la asociación manifiestan, por ejemplo, la ansiedad que experimentan, al comenzar una relación sentimental y comunicar su enfermedad, por lo general lo que reciben, cuando por fin se comunica, es el distanciamiento”*.

Algo muy importante a destacar es el hecho de que como en el trastorno bipolar se producen crisis, se asocian cambios normales de estado de ánimo a la etiqueta despectiva *“soy bipolar”*. Como si los cambios no formaran parte del ser humano, de la experiencia, del vivir; y fueran algo negativo y antinatural.

María del Sol indica que a pesar de toda la discriminación que existe en torno al trastorno bipolar, se ha avanzado mucho en los últimos años. Su testimonio es muy claro al respecto: *“hace no muchos años a todos las personas con enfermedad mental las encerraban sus familias por el miedo al rechazo social tanto para el enfermo como para su familiares”*.

En cuanto a los principales estereotipos que tienen las personas con trastorno bipolar, prácticamente son los mismos que tiene cualquier persona con un trastorno mental grave. Los estereotipos serían el de una persona peligrosa, problemática, en la que no se puede confiar, poco predecibles, poco confiables, teatrales, con grandes rasgos de inestabilidad, delirios y alucinaciones. Beatriz nos aporta un dato muy interesante y es que cuando explica la población en la que se ha especializado, las personas *“identifican el trastorno bipolar con aquello que se ha venido llamando en el cine y T.V “doble personalidad”, personas poco predecibles, que en ocasiones fingen los síntomas y tienen más cuento que otra cosa. Nada más lejos de la realidad”*. Por lo que *“es muy necesaria la información sobre el trastorno para desmitificar estos estereotipos”*.

Beatriz explica que los principales obstáculos que tienen las personas con trastorno bipolar son el estigma social que sufren, como he explicado anteriormente, y el autoestima. En segundo plano se encuentran otras dificultades que pueden estar relacionadas con el empleo, con la pareja, dificultades para poder construir una familia, los problemas cognitivos que sufren y las comorbilidades (presencia de más de un trastorno) con problemas de salud física. Además de otras *“situaciones vitales adversas”* que puedan sufrir los afectados en diferentes momentos de su vida. Además de todo esto, María del Sol, rescatando la importancia concedida en el desarrollo del marco teórico, hace hincapié en el empleo. Para ella el empleo en una persona con trastorno bipolar es un gran obstáculo ya que si explica en él que padece esta patología, corre el riesgo de ser despedido/a.

En cuanto a la imagen que se le da a una persona que presenta esta patología, al igual que los estereotipos, es el de una persona peligrosa, agresiva, complicada, violenta, etc. Imagen que no suele corresponder con la realidad.

Las personas con trastorno bipolar es cierto que tienen más dificultad para conseguir un empleo. Y no solo eso, también para poder mantenerlo. Como explica Beatriz *“e/*

*acceso al empleo supone una gran fuente de estrés, y eso es un factor de riesgo para sufrir un nuevo episodio, también pueden dificultarlo los problemas cognitivos, o los periodos “muertos” en el currículum, sin revelar la posible causa de los mismos (una crisis depresiva de meses, por ejemplo)”. Una persona con trastorno bipolar es frecuente que tenga bajas por recaídas y por depresión. Esto les crea estrés ya que los demás individuos lo pueden ver como algo negativo, como vagancia, pereza, poca implicación, etc.; y en ocasiones, la única salida posible es la jubilación anticipada.*

Aunque existen estudios de que el trastorno bipolar se da de mayor manera en mujeres que en hombres; investigaciones posteriores, más actuales, indican que no existe distinción de género. Entre los usuarios que componen Granabip podemos observar que el 80% son mujeres mientras que el 20% restante lo componen varones. Beatriz expone algo muy importante que es el hecho de que la diferenciación en el trastorno bipolar en cuanto a mujeres y hombres radica en cómo afecta la enfermedad a la persona, ya que dependiendo de si es de un sexo u otro, la enfermedad afecta de diferente manera. En el caso de las mujeres siempre es más complicada la enfermedad, ya sea por prejuicios, por mayor índice de depresión, mayor cargas familiares, problemas hormonales, etc.

En cuanto al tema de las drogodependencias, las personas con trastorno bipolar tienen mayores factores de riesgo de consumir sustancias. Es muy frecuente que esta patología mental pueda estar asociada a otros trastornos de abuso o dependencia a ciertas sustancias. Beatriz explica que la sustancia más común a la que se es propensa una persona con trastorno bipolar es el alcohol.

*“La patología dual en trastorno bipolar se genera por varios motivos, aunque la principal suele ser la automedicación, suele haber otras, como la implicación en actividades placenteras en los estados de hipomanía o manía; los intentos por reducir la ansiedad; o características de personalidad muy típicas como la impulsividad y la búsqueda de la novedad”.*

Y por último y relacionado con el consumo de sustancias, Beatriz declara que *“se ha demostrado que el consumo de tóxicos podría desencadenar episodios del trastorno en*

*sujetos genéticamente predispuestos, sobre todo relacionados con el euforia, aunque también puede dar lugar en ocasiones a desarrollar el cuadro afectivo completo”.*

#### **4.2. Resultados de los usuarios de Granabip (afectados directos e indirectos)**

Los dos afectados por el trastorno bipolar, un hombre y una mujer, dicen permanecer en estado eutímico, es decir, cuando la enfermedad permanece estabilizada sin cambios ni crisis de manía y/o depresión, por lo que la enfermedad en principio no les afecta a su día a día. Sonia presenta en muchas ocasiones periodos de depresión lo que la inhabilitan para trabajar eficazmente. Sonia trabaja en Granabip. Ayuda a la presidenta y demás trabajadores de la asociación con temas de informática, ya que ella estudió sobre ello. Por el contrario, Félix desde hace dos años no presenta una crisis. La enfermedad no le condiciona para nada, puede hacer una vida normalizada como el resto de personas. Ambos dicen tener días más tristes, con menos iniciativa para realizar diversas actividades, pero como le puede ocurrir a cualquier persona que no padece una enfermedad mental.

Sonia se ha sentido discriminada en el hecho de que su familia no la apoyó ni ayudó en ningún momento. Para ellos no es normal la enfermedad que su hija padece y es algo que no lo han llegado a entender. Félix, por el contrario, no se ha sentido discriminado como tal debido a que solamente ha contado su enfermedad a las personas más allegadas, como la familia y los amigos más íntimos. Félix dice:

*“por temor y miedo a ser rechazado he ocultado mi enfermedad siempre que he podido y porque sé que en el momento en que lo diga me van a tratar de diferente manera y me van a rechazar y discriminar”. “Hubo ciertas personas un poco más lejanas a las que se lo conté y desaparecieron del mapa”.*

Pero Félix destaca que aunque apenas ha vivido esta discriminación por el resto de la sociedad, sí que cuando le diagnosticaron la enfermedad y conoció a más personas con trastorno bipolar, estas le contaron casos de rechazo y discriminación que habían sufrido.

Además Félix es uno de los pocos pacientes de Granabip al que su familia no le ha dejado de lado desde que padece la enfermedad. Sus padres le apoyaron en todo momento, sus hermanos fueron los que se mostraron más fríos y distantes.

Las personas con trastorno bipolar en primera instancia se puede decir que son ellas mismas las que se discriminan o se recluyen debido al miedo que sufren por si las demás personas las rechazan, las inferiorizan, las tratan de diferente manera, etc. por lo que ellas mismas en ocasiones son las que se aíslan y actúan de distinta manera que el resto de la población. Félix dice *“todos tenemos miedo a que los demás nos rechacen”*.

Ambos afectados han tenido dificultades para ser contratados en algún puesto de trabajo debido a su enfermedad, es decir, tienen menos igualdad de oportunidades para conseguir un empleo. Sonia cuenta que cuando tenía trabajo aun no estaba diagnosticada. Y cuando le diagnosticaron la enfermedad, le dieron la *“incapacidad permanente absoluta”* sin haberla solicitado. María del Sol, la presidenta de Granabip, la contrató para resolver temas de informática y otras actividades similares en la asociación. Ya que actualmente es poco probable, por no decir imposible, que Sonia encuentre un trabajo dadas sus características. Es decir, este hecho rubrica las adelantadas dificultades para el acceso al mercado laboral y, por tanto, confirma la exclusión del mismo.

Félix relata como en el año 2011 optó a un puesto de trabajo en una empresa que piden un tanto por ciento de trabajadores con discapacidad. Optaban para el puesto él y otro varón en silla de ruedas. En la empresa le dijeron que iba el otro varón antes que él porque no presentaba una *“tara mental”*. Félix indica lo siguiente *“cómo tengo una discapacidad mental, ¿tengo que rendir menos que la otra persona o causar problemas en la empresa?”*.

Al no poder optar un empleo, las dificultades económicas siempre están ahí. Félix cuenta con ayuda económica de sus padres, siempre que lo necesite, sabe que no lo van a dejar tirado y le van a ayudar siempre y cuando lo requiera. Sonia por el contrario, al no contar con sus padres peligraba más económicamente, por eso María del Sol decidió contratarla ayudándola realizando tareas de Granabip. Por lo que en ocasiones, si no es necesario, los afectados por esta patología esconden la enfermedad incluso en el puesto de trabajo. Ya que si lo cuentan, es algo que va a jugar en contra de ellos.



En cuanto a la inversión del tiempo libre, Félix y Sonia lo invierten en hobbies normales como los de cualquier otra persona: ir al cine, tocar instrumentos, jugar con la consola, leer, escribir, etc. A Félix le encanta la historia, tiene un blog donde publica cosas sobre ello, sobre misterio y esoterismo. Es relevante que casi todas las actividades en las que invierten el tiempo libre son actividades que se realizan individualmente. Se puede llegar a la conclusión de que después de todo el rechazo que sienten, son personas que disfrutan más o tienen menos temores estando solos que acompañados. Es decir, los procesos de exclusión y rechazo terminan autoalimentándose por lo que el trabajo de las asociaciones es central. Desde Granabip se realizan actividades de ocio en donde los pacientes pueden interactuar entre ellos, disfrutar del tiempo libre, etc. visitando museos, teatros, realizando escapadas de senderismo, excursiones y demás actividades grupales.

Sonia ha querido destacar que la medicación es algo que afecta día a día a la concentración, a la capacidad, a la memoria, por lo que ésta sufre un deterioro cognitivo con el paso del tiempo y la ingesta de medicación y otros fármacos. Félix ha querido destacar que a pesar de todos los avances, sigue existiendo un desconocimiento de la enfermedad en la sociedad e incluso en la sanidad. Relata que los médicos de cabecera tienen un gran desconocimiento e inexperiencia acerca de esta enfermedad como es el trastorno bipolar.

La mayoría de los pacientes de Granabip son afectados por el trastorno bipolar. Aunque cuenta con algún que otro familiar, el número de estos, dada la gran cantidad de afectados por el trastorno que existen en Granada, es muy escaso. Solamente he podido conseguir una entrevista de un familiar.

Rosa es madre de una afectada por el trastorno bipolar. Ambas son pacientes de Granabip. Rosa a menudo ha observado cómo su hija ha sido discriminada y rechazada por el resto de la sociedad por padecer esta patología mental. Recalca que sobre todo cuando se tienen las crisis es cuando el resto de personas la dejan de lado y no quieren saber nada de ella porque piensan que es peligrosa y problemática y no saben cómo afrontar con una persona así.

Rosa también ha observado esta discriminación hacia su hija a la hora de conseguir o mantener un empleo. Debido a las crisis o fases en la que se encuentren de la

enfermedad, es difícil asegurarse el puesto de trabajo porque suele haber bajas y no hay continuidad en el trabajo.

Por lo tanto, el número de igualdad de oportunidades es diferente para una persona con una enfermedad mental como es en este caso el trastorno bipolar que para una persona sin ningún tipo de patología. Rosa dice *“la misma sociedad es la que limita a las personas que sufren este trastorno. Porque mientras que no se le note, no pasa nada, pero cuando se puede percibir, son rechazados”*.

Rosa narra el hecho de que, que un familiar suyo padezca trastorno bipolar le ha supuesto un cambio y desorden en su vida diaria debido a que *“cuando no había centros dedicados a esta enfermedad, me tenía que turnar con otro familiar para cuidar a esta persona enferma. Con respecto a mi economía, al no tener ayudas para este familiar, se vio afectada”*. Es decir, se aprecia con claridad el impacto, por ejemplo, sobre el espacio económico. Además, explica que su hija no puede contar con ella ni otros familiares porque cada uno tiene su vida hecha, al igual que no puede contar con ningún tipo de lazos sociales porque *“la sociedad no está preparada o ignora ciertos trastornos o enfermedades y no saben cómo reaccionar”*. Desde luego que la familia siempre va a estar ahí por si ocurre algo grave, siempre la van a apoyar y ayudar en lo que necesite; pero en el día a día, viven en diferentes hogares y únicamente se ven cuando coinciden en la asociación al tener talleres u otras actividades. El motivo de esta escasa relación se debe a que la hija de Rosa permanece eutímica y actualmente puede convivir con el trastorno sin tener crisis o cambios bruscos por lo que cada una de ellas lleva una vida normalizada en su núcleo familiar.

Tras preguntarle a Rosa aspectos para mejorar la reinserción socio-laboral de las personas con trastorno bipolar, ha sido clara y concisa en responder *“que el Gobierno cree ayudas dirigidas a personas con problemas de salud mental y que se creen más centros para ayudar a personas con trastorno bipolar”*.

#### **4.3. Resultados personas elegidas de la calle**

Por último en cuanto a los resultados obtenidos, pasaré a analizar los resultados conseguidos tras entrevistar a las personas de la calle que trataban de buscar el acceso a las representaciones que estas personas tienen sobre la enfermedad. El objetivo era,

por tanto, corroborar si ese ejercicio estigmatizador era manifiesto. Las personas entrevistadas, como he dicho anteriormente, han sido cuatro personas. Dos alumnos y un profesor de la Facultad de Ciencias del Trabajo y Trabajo Social, además de una madre de una alumna.

Las personas desconocen con precisión lo que es el trastorno bipolar. Han oído hablar de él pero desconocen aspectos que tengan relación. Uno de ellos se arriesga a decir que cree que es lo que llaman “doble personalidad”. Creen no haber conocido a ninguna persona que lo padece o si lo han conocido, ésta ha ocultado la enfermedad. A pesar de desconocer lo que es el trastorno bipolar, creen que las personas que lo sufren están discriminadas y son rechazadas por el resto de la sociedad; igual que por algunos miembros de sus familias. En definitiva, el desconocimiento es un elemento distintivo de esta enfermedad y, dado que el desconocimiento suele ser fuente de prejuicios, es evidente el riesgo de estigmatización que se materializa.

Álvaro declara *“supongo que habrá diferentes grados de trastorno, un grado leve es posible que pueda llevar una vida bastante normal, trabajo, familia. Y ya, grados más altos posiblemente no estén capacitados para convivir socialmente y tengan que estar en centros especializados. No creo que estén rechazadas por la sociedad ni por sus familias generalmente, pero siempre puede haber algún caso específico que rompa la regla”*.

En cuanto a si creen que las personas con trastorno bipolar tienen problemas para ser contratadas en cualquier empleo, todos coinciden en que sí. Ya sea por el desconocimiento que se tiene de la enfermedad, por la etiqueta que se les pone a los enfermos mentales, los estigmas que existen, etc.

Julia, una madre que ha sido entrevistada, explicó que ella tiene una tienda de electricidad y lámparas y que no se atrevería a contratar a una persona con trastorno bipolar por miedo a que ésta no sea capaz de atender con normalizada a los clientes y también por no saber cómo tratar a esa persona con esa patología.

Álvaro explica que *“las empresas normalmente buscan gente responsable y que pueda ofrecer disponibilidad. Si saben que una persona está enferma y no van a poder tener*

*total disponibilidad de ella o no va a ser capaz en algunos casos de desarrollar determinadas funciones, es un claro impedimento a la hora de contratar a alguien”.*

María José expone *“también creo que estas personas cuando acceden a puestos de trabajo no dicen que tienen este trastorno para no sufrir el rechazo, y que así los contraten, y considero que estas personas tienen mayor dificultad para acceder a trabajos de mayor responsabilidad, siendo relegados a trabajos más precarios”.*

Por lo tanto, todos ellos creen que las personas con trastorno bipolar no tienen las mismas oportunidades de igualdad que el resto de la población. María José nos explica que para que estas personas tengan el mismo derecho y las mismas oportunidades, se deben de hacer *“políticas y acciones de discriminación positiva, y hacer incidencia en la ciudadanía para que se conociera este trastorno”.*

En la mayoría de los casos, no les gustaría tener un familiar con trastorno bipolar, más que nada por el rechazo que tendría que soportar y el sufrimiento que ocasionaría a toda la familia. Y en cuanto a vecinos, como los las personas entrevistadas desconocen la mayor parte de la enfermedad, prefieren no tener por los problemas que puedan causar.

Desconocen si esta patología puede darse más en mujeres que en hombres, pero creen que se puede llegar a dar en los dos sexos por igual.

En cuanto al tema de las drogodependencias, creen que las personas con trastorno bipolar como cualquier otra patología, sobre todo mental, tienen más tendencia, más posibilidades y más factores de riesgo de consumir sustancias o llegar a depender de ellas.

Y por último, algo que quiero destacar que relató Álvaro fue los siguiente *“pienso que este trastorno es fruto del entorno, de las relaciones sociales y familiares de cada uno. Puede ser originado por un fuerte trauma personal, la perdida de alguien, la ruptura de una relación, o quizás malos tratos en la infancia”.*

A continuación, para finalizar con la presentación y discusión de resultados, procederé a contrastar cada una de las hipótesis planteadas al comienzo del trabajo.

Primera hipótesis:

---

*Las personas con trastorno bipolar tienen frecuentemente grandes problemas para su inserción laboral.*

Esta hipótesis puede corroborarse. La coordinadora de psicólogos de Granabip, Beatriz, expone que no solo conseguir el empleo es difícil para las personas con trastorno bipolar, sino también mantenerlo. El acceso al empleo para las personas con esta patología supone una carga de estrés lo cual es un gran riesgo para sufrir una crisis o recaída por lo que sufren periodos de baja y se vuelve complicado mantener el puesto de trabajo, ya que una crisis puede durarles meses.

Por este motivo, muchas de las personas con trastorno bipolar ocultan su enfermedad a la sociedad e incluso en el trabajo. A menos de que sea necesario dependiendo del puesto de trabajo, no dicen nada.

Además, como relata María del Sol, en Granabip se les aconseja que no cuenten que padecen trastorno bipolar salvo a aquellas personas allegadas como familiares y amistades cercanas.

Por último, dadas las dificultades de inserción laboral señaladas, los problemas para obtener ingresos económicos serán también mayores y, por lo tanto, dificultan los procesos de inserción de este colectivo.

Segunda hipótesis:

*Los problemas de salud mental de estas personas les impiden establecer relaciones y vínculos sólidos.*

Esta hipótesis también ha sido corroborada. El simple hecho de que estas personas están estereotipadas ya supone un problema para establecer relaciones sociales. Debido a que los estereotipos que se tienen de ellas son negativos; se les considera personas peligrosas, violentas, agresivas, poco confiables, muy problemáticas, con un gran carácter, con rasgos de inestabilidad, delirios y alucinaciones, etc.

Por lo tanto, el simple hecho de padecer la enfermedad ya supone un hándicap para relacionarse con el resto de la sociedad que no padece ningún tipo de trastorno.

Otro de los motivos por los que es un impedimento el establecer relaciones y vínculos sólidos es el temor que tienen las personas con trastorno bipolar a ser rechazadas y

discriminadas por el resto de individuos. Miedo a relacionarse y ser rechazado, por lo que muchas de estas personas no quieren tener contacto más que con otras personas con su misma patología.

En definitiva, el impacto sobre el ámbito relacional de esta enfermedad es notorio y supone una barrera más para la normal integración de este colectivo.

Tercera hipótesis:

*Gran parte de las personas que padecen trastorno bipolar son mujeres.*

Aunque la psicóloga Beatriz recalca que en las últimas investigaciones que se han ido desarrollando no existe distinción alguna de géneros en cuanto al trastorno bipolar, los autores Vieta y Colom (2014), en su libro “Convivir con el trastorno bipolar” relatan que de cada varón con trastorno bipolar que existe, encontramos 1,4 mujeres que lo padecen. Por lo tanto, sí que existe mayor prevalencia de trastorno bipolar en mujeres y por consiguiente, esta hipótesis ha sido también aceptada.

Beatriz resalta que donde sí que existe una clara diferenciación entre hombres y mujeres es en cómo afecta la enfermedad en ellos. En el caso de las mujeres; al sumarles prejuicios de género, cambios hormonales, mayor tendencia a la depresión, etc., la recuperación es más complicada.

Como exponen Vieta y Colom en su libro sobre el trastorno bipolar, mientras que las mujeres son más propensas a sufrir depresiones, los hombres son más proclives a presentar episodios maniacos (Vieta y Colom, 2014).

Cuarta hipótesis:

*Muchas de las personas que tienen trastorno bipolar consumen o han consumido drogas debido a las cargas familiares u otros problemas que sufren.*

Como indica Beatriz, las personas con trastorno bipolar, al igual que cualquier otra persona con una enfermedad mental, tienen mayor riesgo de consumir sustancias o llegar a tener dependencia de ellas.

*“Es frecuente la comorbilidad del trastorno bipolar, con un trastorno de abuso o dependencia de sustancias, especialmente el alcohol. Además cada trastorno*

*influye en el cuadro clínico del otro, de forma que empeora el pronóstico del paciente”.*

*“Se ha demostrado que el consumo de tóxicos podría desencadenar episodios del trastorno en sujetos genéticamente predispuestos, sobre todo relacionados con el euforia, aunque también puede dar lugar en ocasiones a desarrollar el cuadro afectivo completo”.*

Por lo tanto se puede afirmar que esta hipótesis también se verifica.

Consecuentemente, concluyo este apartado de resultados y verificación de hipótesis con la certeza y el resultado dada la investigación realizada, de que los procesos de exclusión afectan de forma significativa a las personas con una enfermedad mental como es el caso del trastorno bipolar.





## CONCLUSIONES Y PREGUNTAS ABIERTAS

Después de realizar el trabajo y el estudio puedo afirmar que las personas con trastorno bipolar son representadas y ubicadas por la población en un nivel inferior. La sociedad las trata de diferente manera que al resto, las margina, las discrimina, las cataloga en un estrato inferior de la sociedad, etc. Y a pesar de todos los avances e innovaciones que hay, aun en nuestros días existen muchísimos prejuicios contra las personas que padecen una enfermedad mental. Prejuizar y poner etiquetas a las personas con enfermedad mental hace que se cree una situación vulnerable y desfavorable y por ello, las personas con trastorno bipolar tienden a esconder todo lo que pueden su enfermedad.

Como conclusión a la que se llega tras las entrevistas realizadas y los resultados obtenidos es el hecho de que la exclusión sí que afecta en gran medida a la población que padece una enfermedad mental. Las deja en un estrato inferior en la sociedad y por lo tanto son tratadas de diferente manera, negativamente. Lo que se debe hacer para conseguir que esta discriminación se minimice o finalice es concienciar a la población mediante medidas, acciones, programas, políticas; y hacerlos darse cuenta de que todas las personas somos iguales, todas tenemos los mismos derechos, obligaciones, libertades, el mismo derecho a vivir y a disfrutar de la vida y no por una disfuncionalidad en el organismo tienes que ser catalogado como diferente y tratado discriminatoriamente.

Como se ha observado también tras las entrevistas, la falta de recursos económicos, las cargas familiares y la discriminación que sufren, entre otros elementos, son factores de riesgo para que la enfermedad se agrave, se produzcan más crisis y sea más complicada la recuperación.

Uno de los principales fines de este trabajo es el de dar a conocer a la sociedad las diferentes vivencias de las personas con trastorno bipolar y sus distintas realidades. Conocer que son personas iguales al resto, personas que han podido estudiar una carrera, tener una familia e hijos/as, realizar unas oposiciones para acceder a cualquier puesto de trabajo, etc. Personas que anteriormente a la enfermedad han tenido una vida normalizada igual a la de una persona sin ninguna patología.

En cuanto a la opinión que se tiene acerca de ellos/as en la sociedad actual, he llegado a la conclusión de que el estigma no ha evolucionado notablemente. A los enfermos mentales se les sigue viendo como personas que tienen una tara mental, que han sido denominados discapacitados, minusválidos u otras palabras más despectivas todavía. Debido a esta imagen negativa que se tiene hacia este colectivo son muy pocas las personas que se atreven a contar su realidad. Se necesita un gran cambio para que se dé un giro en la visión de esta práctica.

La mayoría de las personas que sufren una enfermedad mental están estigmatizadas por la sociedad, una de las causas que origina esto, es el desconocimiento de esta problemática fomentado por estereotipos y prejuicios. Se generaliza como enfermos mentales a todas las personas siendo que existen diferentes tipos de enfermedades mentales y que se manifiestan de diferente manera en una personas que en otras.

Una de las áreas en la que se puede observar la dificultad de reinserción es el ámbito laboral en el cual tienen problemas debido a las fases de las que consta la enfermedad. Ya que en las fases más críticas de manía y depresión supone un hándicap para mantener el puesto de trabajo dado las ausencias en éste.

En líneas generales y para concluir con esta investigación que se ha llevado a cabo, me gustaría añadir que este trabajo me ha aportado una amplia visión de la cruda realidad sobre este colectivo, además de aprender e informarme más acerca de esta patología mental denominada trastorno bipolar. Asimismo, me ha permitido romper con algunos esquemas y estereotipos que se suelen tener hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

Finalizare esta investigación con una pregunta que todos los individuos tendríamos y deberíamos de hacernos en nuestra cabeza antes de actuar frente a alguien. Si todas las personas tenemos los mismos derechos y obligaciones que el resto, ¿por qué no todos somos tratados de la misma manera?

## REFERENCIAS

- Alemán Bracho, C. (1995) *La Política de asistencia social desde la transición democrática*, en Revista de Estudios Políticos, núm.87. Ed. Centro de Estudios Constitucionales. Madrid 1995. Págs.199-220. ISSN: 0048-7694.
- Arza, J. (2008): *II Plan de lucha contra la exclusión social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. Personas con trastornos mentales graves, drogodependencia, discapacidades y exclusión social*. Pamplona.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comunicación de la Comisión, 14.10.2005 COM(2005) 484 final, 2005. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf) [Consultado el 25/05/2014]
- Equipo del Observatorio del tercer sector de Bizkaia (2010): *Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa*. Bizkaia.
- Gobierno de Navarra. Departamento de Bienestar Social, deporte y juventud del Gobierno de Navarra (2005). *Programa de atención a personas con trastorno mental grave*. Pamplona.
- Laparra, M.; Pérez, B.; Obradors, A.; Perez Yruela, M.; Renes, V.; Sarasa, S.; Subirats, J. y Trujillo, M. (2007): *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas*. España.

- Lasheras Ruiz, R. y Yoldi Idoy, F. (Curso 2011-2012): *Apuntes de la asignatura desigualdad y exclusión social*. Departamento de Trabajo Social. Pamplona.
- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1988/29/1> [Consultado el 25/05/2014].
- Mental Health Europe. (2009). *De la exclusión a la inclusión. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa*. Madrid: FEAFFES. Disponible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf> [Consultado el 25/05/2014].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Cartera de Servicios comunes de atención primaria y especializada*. (s.f.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.htm> [Consultado el 23/05/2014].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. Disponible en: [Http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](Http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf) [Consultado el 25/05/2014].
- *Plataforma europea contra la pobreza y la exclusión social. Un marco europeo para la cohesión social y territorial*. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una iniciativa de la Unión Europea. Europa 2020. (Luxemburgo, 2011).

- Rousseau, J. J. (1923): *Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres*. Madrid. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/discurso-sobre-el-origen-de-la-desigualdad-entre-los-hombres--0/> [Consultado el 20/05/2014].
- Servicio Andaluz de Empleo. Consejería de Igualdad, Salud u Políticas Sociales. *Plan Integral de Salud Mental 2008-2012*. Resumen ejecutivo. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr\\_GestCal\\_SM\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_GestCal_SM_2) [Consultado el 23/05/2014].
- Smith, A. (1732): *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. Disponible en: [http://www.marxists.org/espanol/smith\\_adam/1776/riqueza/](http://www.marxists.org/espanol/smith_adam/1776/riqueza/) [Consultado el 20/05/2014].
- Vieta Pascual, E. y Colom Victoriano, F. (2014). *Convivir con el trastorno bipolar*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

## ANEXOS

### ENTREVISTA BEATRIZ (PSICÓLOGA)

#### **1- ¿Cómo cree usted que les afecta a los pacientes de Granabip la exclusión social? ¿Y el estigma social?**

Cuando un paciente acude por primera vez a consulta y se determina la naturaleza de la demanda de la asistencia psicológica, casi siempre se aluden a motivos tales como ayuda para resolver un problema, para manejar el estrés, para conseguir unos hábitos saludables con objeto de evitar una recidiva del trastorno.

Sin embargo, cuando se pretenden afrontar, junto con el paciente, estos problemas, comprobamos que la mayoría de sus temores, sus miedos y sus trampas de pensamiento, están relacionadas con la imagen que piensan que los demás tendrán de ellos, del miedo que suscitará en sus conocidos, saber que tienen una enfermedad como un trastorno bipolar. Cómo manejar una nueva relación y cuándo contarlo, gestionar el sufrimiento derivado de amigos que ya no vuelven más.

Todos estos problemas se derivan de los prejuicios sociales existentes aún en el siglo XXI sobre las enfermedades mentales, prejuicios muy peligrosos, pues tienen un doble efecto: el paciente termina por asumirlos, provocando un alto impacto negativo en su autoestima, empeorando su proceso de recuperación y en muchos casos el cuadro clínico.

#### **2- ¿Cree que estos pacientes son discriminados socialmente por el resto de la sociedad?**

Si, el antiguo estereotipo de la persona con un trastorno mental aún persiste en la actualidad y generan actitudes negativas hacia ellas, traducidas en muchas ocasiones en discriminación.

Si se percibe a una persona como “potencialmente peligrosa”, o “problemática”, con toda seguridad acabe generando rechazo y distancia social. Muchos de los usuarios/as de la asociación manifiestan, por ejemplo, la ansiedad que experimentan, al comenzar una relación sentimental y comunicar su enfermedad, por lo general lo que reciben, cuando por fin se comunica, es el distanciamiento.

Otro aspecto significativo, más vinculado al trastorno bipolar, es la moda de asociar cambios normales de estado de ánimo (algo natural en la especie humana) a la etiqueta “soy bipolar”, utilizada de forma despectiva, como si esos cambios no formaran parte de la experiencia humana, y fueran algo negativo y antinatural. Es muy frecuente ver este tipo de comentarios en internet, y en concreto, en las redes sociales.

### **3- ¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con trastorno bipolar?**

En general el estereotipo de paciente bipolar, responde al de cualquier persona con un trastorno mental grave, es decir, un individuo peligroso, poco confiable, problemático...

Sin embargo a mi parecer, y por mi experiencia y las respuestas que me dan conocidos cuando hablo de la población en la que me he especializado, curiosamente, identifican el trastorno bipolar con aquello que se ha venido llamando en el cine y T.V “doble personalidad”, personas poco predecibles, que en ocasiones fingen los síntomas y tienen más cuento que otra cosa. Nada más lejos de la realidad.

A veces, en ocasiones las personas que padecen el trastorno son identificadas con rasgos de inestabilidad, delirios y alucinaciones más propios de otros cuadros psiquiátricos. Es muy necesaria la información sobre el trastorno para desmitificar estos estereotipos.

### **4- ¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con trastorno bipolar? (problemas para establecer relaciones, problemas económicos, problemas formativos, otros problemas de salud física, etc.) Incide en estos aspectos porque son los que te permiten reflexionar sobre la situación de exclusión. Es decir, la exclusión no es sólo marginación o discriminación, también son carencias en el espacio económico, relacional, formativo, sanitario, etc.**

El principal obstáculo es el estigma social y el autoestima, y en segundo plano las dificultades relacionadas con el empleo, la pareja y las dificultades para construir una familia, los problemas cognitivos y las comorbilidades con problemas de salud física en casos graves y otras situaciones vitales adversas que puedan sufrir los afectados en diferentes momentos vitales.

### **5- ¿Qué imagen cree que se da de las personas que padecen trastorno bipolar?**

Cómo ya he comentado, pienso que el estereotipo es el siguiente: personas poco predecibles, poco confiables, teatrales, y por tanto peligrosas y complicadas.

**6- ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más dificultad para conseguir un empleo?**

Sí, no sólo conseguirlo, sino mantenerlo. Por una parte, el acceso al empleo supone una gran fuente de estrés, y eso es un factor de riesgo para sufrir un nuevo episodio, también pueden dificultarlo los problemas cognitivos, o los periodos “muertos” en el currículum, sin revelar la posible causa de los mismos (una crisis depresiva de meses, por ejemplo).

Por otra parte es difícil mantener el trabajo, principalmente porque éste supone habitualmente una fuente de estrés, que supone un factor de riesgo en las recurrencias del trastorno, así que con frecuencia se producen bajas por recaídas, y en la reincorporación una baja “por depresión” , en muchas ocasiones no es entendida, sino interpretada como síntoma de pereza y poca implicación, lo que genera estrés y el usuario/a, entra en un círculo vicioso que concluye en muchos casos con la jubilación como única salida.

**7- ¿Se da el trastorno bipolar de igual forma tanto en mujeres como en hombres?**

Las últimas investigaciones arrojan que no hay distinción en la incidencia por género en el trastorno bipolar.

Dónde si conviene realizar una diferenciación es en cómo afecta a la persona que lo padece, en el caso de las mujeres, se suman los prejuicios por enfermedad mental a los prejuicios de género, por lo que para las mujeres suele ser más complicada la recuperación.

**8- ¿Las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo de consumir o volverse adicto a algún tipo de droga?**

Si, es frecuente la comorbilidad del trastorno bipolar, con un trastorno de abuso o dependencia de sustancias, especialmente el alcohol. Además cada trastorno influye en el cuadro clínico del otro, de forma que empeora el pronóstico del paciente.

**9- ¿Cree usted que la enfermedad lleva a las personas con trastorno bipolar a consumir sustancias? ¿Y el consumo de sustancias es un factor determinante en el trastorno bipolar?**



Si, la patología dual en trastorno bipolar se genera por varios motivos, aunque la principal suele ser la automedicación, suele haber otras, como la implicación en actividades placenteras en los estados de hipomanía o manía; los intentos por reducir la ansiedad; o características de personalidad muy típicas como la impulsividad y la búsqueda de la novedad.

Por otra parte la exclusión social favorece la marginalidad, que es un caldo de cultivo para desarrollar un trastorno por dependencia.

En cuanto a si el consumo de sustancias es un factor determinante, se ha demostrado que el consumo de tóxicos podría desencadenar episodios del trastorno en sujetos genéticamente predispuestos, sobre todo relacionados con el euforia, aunque también puede dar lugar en ocasiones a desarrollar el cuadro afectivo completo.

**ENTREVISTA MARIA DEL SOL (PRESIDENTA)****1- ¿Cómo cree usted que les afecta a los pacientes de Granabip la exclusión social?**

La exclusión social afecta muchísimo a las personas que padecen el trastorno bipolar hasta el punto, que en esta asociación se les aconseja no decir que se padece el TB nada más que aquellas personas familiares, amigos , de su entorno más cercano

**2- ¿Y el estigma social?**

El estigma social es inherente a la enfermedad mental , solo por el hecho de padecer una enfermedad mental del tipo que sea, ya la sociedad estigmatiza a la persona y la saca de su círculo de amistades y esto lógicamente crea un estado de ansiedad y aislamiento e incluso fobia social a las personas afectadas de TB hasta el punto que se aíslan y no quieren salir por miedo a este rechazo

**3- ¿Cree que estos pacientes son discriminados socialmente por el resto de la sociedad?**

Por supuesto que sí, aunque en los últimos años se ha avanzado mucho en este tema , pensemos que hace no muchos años a todos las personas con enfermedad mental las encerraban sus familias por el miedo al rechazo social tanto para el enfermo como para su familiares

**4- ¿Cuáles son los principales estereotipos de las personas con trastorno bipolar?**

Son personas que trabajan o estudian y solo tienen que llevar una vida reglada en sus horas de sueño su medicación etc. etc., solo cuando estas personas no toman su medicación pueden tener crisis tanto de manía como de depresión

**5- ¿Cuáles son los principales obstáculos para la integración de las personas con trastorno bipolar? (problemas para establecer relaciones, problemas económicos, problemas formativos, otros problemas de salud física, etc.) Incide en estos aspectos porque son los que te permiten reflexionar sobre la situación de exclusión. Es decir, la exclusión no es sólo marginación o discriminación, también son carencias en el espacio económico, relacional, formativo, sanitario, etc.**

Si la persona que padece el TB no lo puede decir en su trabajo por que corre el riesgo de ser despedida pese a rendir como otro/a mas.

**6- ¿Qué imagen cree que se da de las personas que padecen trastorno bipolar?**

La imagen que se suele dar no corresponde casi nunca con la realidad normalmente la sociedad habla de los enfermos mentales como violentos agresivos y no es así en absoluto.

**7- ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más dificultad para conseguir un empleo?**

Si

**8- ¿Se da el trastorno bipolar de igual forma tanto en mujeres como en hombres?**

Si

**9- ¿Las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo de consumir o volverse adicto a algún tipo de droga?**

Si

**10- ¿Cree usted que la enfermedad lleva a las personas con trastorno bipolar a consumir sustancias? ¿Y el consumo de sustancias es un factor determinante en el trastorno bipolar?**

En la sociedad actual se ha detectado un alto consumo de drogas en personas sin ninguna patología pero dado el alto índice del consumo las personas afectadas de TB están dentro de ese alto índice de consumo

**ENTREVISTA USUARIO GRANABIP (PACIENTE – FELIX)****1- ¿Cómo afecta en su vida cotidiana la enfermedad?**

Actualmente nada. Hace dos años que no tengo una crisis. Permanezco autimico, solo tomo un medicamento. La enfermedad actualmente no me condiciona para nada, puedo hacer una vida normalizada como el resto de los individuos. Desde luego que tengo días en los que estoy peor que otros, pero como cualquier persona. Siempre tienes algún día que están de bajón o más triste que otros.

**2- ¿Se ha sentido usted alguna vez discriminado/a socialmente por el resto de la sociedad?**

Yo personalmente no me he sentido discriminado porque no he contado mi enfermedad más que a mis allegados más cercanos. Por temor y miedo a ser rechazado he ocultado mi enfermedad siempre que he podido y porque sé que en el momento en que lo diga me van a tratar de diferente manera y me van a rechazar y discriminar. Pero he podido observar esa discriminación en otras personas con trastorno bipolar. Cuando me diagnosticaron la enfermedad estaba viviendo en Cataluña. Allí tuve relaciones sociales con otras personas afectadas por el trastorno bipolar y me contaron casos de otros pacientes que siempre se habían sentido rechazados socialmente.

Y todos tenemos miedo a que los demás nos rechacen. No todos tenemos el buen trato del resto de la población, a todos nunca vamos a caer bien, pero todos queremos sentirnos aceptados por la sociedad, por el resto de personas, no ser inferiorizado ni tratado de diferente manera por padecer una enfermedad.

**3- ¿En algún momento de su vida ha encontrado dificultad para ser contratado/a en algún puesto de trabajo? En caso afirmativo, ¿eso le ha supuesto dificultades económicas?**

En 2011 estaba pasando un proceso de selección en una empresa que pedía persona con discapacidad. Yo tenía diagnosticado el 33% de discapacidad. A la final pasamos dos hombres, un chico en silla de ruedas y yo. En la empresa me dijeron que iban a elegir antes al chico de la silla de ruedas porque no tenía una tara mental, desde luego que no me lo dijeron con esas palabras, pero claro que me sentí discriminado.

Yo tengo las mismas posibilidades de realizar el mismo trabajo que la otra persona, pero como tengo una discapacidad mental, ¿tengo que rendir menos que la otra persona o causar problemas en la empresa?

Claro que la enfermedad me ha supuesto problemas económicos, relacionados con no poder conseguir u optar a un empleo.

**4- ¿Siente que tiene el mismo número de igualdad de oportunidades que el resto de la sociedad? ¿En qué casos se ha sentido que no las ha tenido?**

Sí. Dentro de lo que cabe no me he sentido con menos igualdad de oportunidades que el resto. Otra cosa son las ganas que haya tenido de aprovechar esa igualdad de oportunidades.

**5- ¿Le han apoyado sus redes sociales en la enfermedad? ¿Cómo?**

Sí. Mis padres se volcaron mucho cuando me diagnosticaron el trastorno. Mis hermanos eran los que se mantenían y se han mantenido más fríos. Mi círculo más cercano de amigos fue con el único con el que me abrí y desde luego que me apoyaron. También hubo ciertas personas un poco más lejanas a las que se lo conté y desaparecieron del mapa. Nunca más supe de ellas. Una novia que tuve con la que estuve ocho meses, no sabía cómo contarle la enfermedad. Todos los días me proponía hacerlo, pero al final nunca tenía valor para contárselo. Un día, me descubrió la tarjeta del autobús urbano que tenemos las personas con discapacidad para viajar gratis y entonces ya es cuando se lo tuve que contar. La relación se enfrió a partir de ese momento hasta que acabó al poco tiempo.

**6- ¿En que invierte su tiempo de ocio?**

Sobretudo leer y escribir. Tengo un blog en internet de historia. Tengo mucho contacto con las redes sociales. Me gusta mucho publicar en mi blog sobre cosas de misterio, de historia, de esoterismo, etc. También me gusta jugar a la consola.

**7- Hay algo que lo le he preguntado y le gustaría añadir.**

El desconocimiento que existe de la enfermedad incluso en la sanidad. Para los médicos de cabecera esta enfermedad es muy desconocida. Parece ser que la enfermedad mental justifica muchas cosas, cuando no es así. La enfermedad mental

no justifica los actos que se cometen. Debemos concienciar a la población sobre la enfermedad.

Y en cuestiones de trabajo, estoy a favor de no decir nada. Porque sé que si lo digo es algo que va a jugar en mi contra.

---

ENTREVISTA USUARIO GRANABIP (PACIENTE – SONIA)

**1- ¿Cómo afecta en su vida cotidiana la enfermedad?**

Suelo estar eutímica pero tengo muchos períodos de depresión que me inhabilitan para trabajar de una manera de una manera eficiente.

**2- ¿Se ha sentido usted alguna vez discriminado/a socialmente por el resto de la sociedad?**

No.

**3- ¿En algún momento de su vida ha encontrado dificultad para ser contratado/a en algún puesto de trabajo? En caso afirmativo, ¿eso le ha supuesto dificultades económicas?**

Sí y no, porque cuando tenía trabajo no estaba diagnosticada y no tenía ningún problema. Pero cuando me dieron la incapacidad permanente absoluta SIN HABERLA SOLICITADO, ahora me encuentro que me la han quitado, no tengo pensión, estoy desfasada en mi área de trabajo y ahora no encuentro trabajo y no puedo poner en todos los sitios que padezco una discapacidad.

**4- ¿Siente que tiene el mismo número de igualdad de oportunidades que el resto de la sociedad? ¿En qué casos se ha sentido que no las ha tenido?**

Búsqueda de empleo.

**5- ¿Le han apoyado sus redes sociales en la enfermedad? ¿Cómo?**

No. La familia no lo entiende de verdad.

**6- ¿En que invierte su tiempo de ocio?**

Cine, estudiar piano, leer, jugar consolas, etc.

**7- Hay algo que no le he preguntado y le gustaría añadir.**

¿En qué afecta el día a día la enfermedad en sí y la medicación?

Afecta en la memoria, la concentración, la capacidad de realizar varias tareas a la vez, mayor distracción, deterioro cognitivo.

## ENTREVISTAS FAMILIAR (ROSA)

**1- ¿Ha sentido alguna vez que su familiar con trastorno bipolar ha sido rechazado y discriminado por el resto de la sociedad?**

Sí. A menudo, sobre todo cuando tienen crisis muchas personas de su alrededor no saben cómo afrontarlos.

**2- ¿En algún momento ha visto que su familiar encontraba dificultades para ser contratado en un puesto de trabajo?**

Sí. Muchas veces según en la fase en la que se encuentren no pueden trabajar, no existe continuidad y yo no me quedo tranquila.

**3- ¿Siente que las personas con esta patología tienen el mismo número de igualdad de oportunidades que el resto de la población?**

Lamentablemente no, porque la misma sociedad es la que limita a las personas que sufren este trastorno. Porque mientras que no se le note, no pasa nada, pero cuando se puede percibir, son rechazados.

**4- Dígame algunos aspectos que cree que pueden mejorar para llevar a cabo la reinserción socio-laboral de personas con trastorno bipolar.**

Que el Gobierno cree ayudas dirigidas a personas con problemas de salud mental.

Que se creen más centros para ayudar a personas con trastorno bipolar.

**5- ¿Qué le ha supuesto a usted (económicamente, relacionalmente, etc.) que su familiar padezca trastorno bipolar?**

Supone un desorden en mi vida cotidiana, ya que cuando no había centros dedicados a esta enfermedad, me tenía que turnar con otro familiar para cuidar a esta persona enferma. Con respecto a mi economía, al no tener ayudas para este familiar, se vio afectada.

**6- ¿Su familiar puede contar con usted en el caso de que surjan problemas? ¿y con otros familiares?**

No, porque cada uno tiene su vida hecha y se ayuda en lo que se puede, no en todos los aspectos.

**7- ¿Cree que su familiar puede contar con algún tipo de lazos sociales?**

No, porque la sociedad no está preparada o ignora ciertos trastornos o enfermedades y no saben cómo reaccionar.



**8- ¿Su familiar es hombre o mujer?**

Mujer.

**9- ¿Su familiar ha consumido en alguna ocasión algún tipo de drogas?**

No.

## ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (MAITE)

**1- ¿Conoce lo que es el trastorno bipolar? ¿Ha conocido alguna vez o se ha relacionado con personas con trastorno bipolar?**

No. No.

**2- ¿Cree que las personas que padecen trastorno bipolar están rechazadas y estigmatizadas por la sociedad? ¿Y por sus familias?**

No conozco en qué consiste este trastorno en detalle, pero diría que si están estigmatizadas por la sociedad. Y también por algunos miembros de sus familias.

**3- ¿Cree que estas personas tienen problemas para ser contratadas en un empleo? ¿Cuáles son los motivos para este rechazo? (Esto es importante, no es tanto preguntar si se cree que son rechazadas sino tratar de encontrar los motivos de boca de personas “de la calle”. Eso te servirá para entender las razones de la exclusión o la marginación)**

Supongo que tienen problemas para ser contratadas. Uno de los motivos podría ser el desconocimiento que existe de este tipo de enfermedades y por tanto, catalogar a todos las personas que las sufren como “locos” y por tanto “no aptos” para desempeñar un trabajo.

**4- ¿Cree que personas con esta patología tienen las mismas oportunidades de igualdad que el resto de individuos?**

No. Por los motivos que he mencionado en la pregunta anterior, estas personas no tienen las mismas oportunidades en el ámbito laboral, y diría que tampoco en otras esferas de la vida, como las relaciones sociales.

**5- ¿Le importaría que su vecino o algún familiar tuviese trastorno bipolar?**

No me gustaría que ningún familiar tuviera esta u otra patología por su propio bienestar y felicidad. Y un vecino preferiría que tampoco, esta vez siendo más egoísta; el motivo, como he comentado en la pregunta 3, porque desconozco absolutamente todo lo relacionado con esta patología y tiendo a clasificar a todas las personas con enfermedades mentales del mismo modo.

**6- ¿Ha conocido o tenido relación con personas con esta patología?**

No.

**7- ¿Cree que esta patología se da de igual manera tanto en hombres como en mujeres?**

Lo desconozco.

**8- ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo para consumir drogas?**

Si.

## ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (JULIA)

**1- ¿Conoce lo que es el trastorno bipolar? ¿Ha conocido alguna vez o se ha relacionado con personas con trastorno bipolar?**

Si conozco algo, muy poco. No.

**2- ¿Cree que las personas que padecen trastorno bipolar están rechazadas y estigmatizadas por la sociedad? ¿Y por sus familias? Sí, creo que más estigmatizadas que rechazadas, y en el ámbito familiar que más sobreprotegidos.**

**3- ¿Cree que estas personas tienen problemas para ser contratadas en un empleo? ¿Cuáles son los motivos para este rechazo? (Esto es importante, no es tanto preguntar si se cree que son rechazadas sino tratar de encontrar los motivos de boca de personas “de la calle”. Eso te servirá para entender las razones de la exclusión o la marginación.**

Si que tienen más problemas para encontrar trabajo. Yo tengo una tienda y no me atrevería a contratarles por temor a que no sean capaces de atender con tranquilidad a los clientes, y también miedo a no saber tratarlos yo a ellos, creo que no me atrevería a llevarles la contraria o exigirles cualquier cosa.

**4- ¿Cree que personas con esta patología tienen las mismas oportunidades de igualdad que el resto de individuos?**

No, para nada tienen las mismas oportunidades.

**5- ¿Le importaría que su vecino o algún familiar tuviese trastorno bipolar?**

No me importa tener vecinos con T.B. los tengo, pero procuro ser amable con ellos por si acaso, y no me gustaría que un familiar tuviera TB como tampoco me gustaría que tuviera cualquier enfermedad.

**6- ¿Ha conocido o tenido relación con personas con esta patología? Si conozco a un par de personas.**

**7- ¿Cree que esta patología se da de igual manera tanto en hombres como en mujeres?**

No lo sé, pero supongo que afectará igual.

**8- ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo para consumir drogas?**

Creo que sí, los que conozco tienen mucha adicción al tabaco y son obesos, puede que a las drogas también sean más sensibles.

9- **Hay algo que lo le he preguntado y le gustaría añadir.**

Solo que hasta que he hecho esta entrevista no me había dado cuenta del problema de estas personas y el reparo que tenemos con ellos por desconocimiento.

## ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (MARIA JOSE)

**1. ¿Conoce lo que es el trastorno bipolar? ¿Ha conocido alguna vez o se ha relacionado con personas con trastorno bipolar?**

He oído hablar de este trastorno y sé alguna cosa, pero desconozco aspectos como a qué edad tiene más probabilidades de padecerlo, condicionantes que originan que se sufra.

Nunca me he relacionado con una persona con trastorno bipolar que yo sepa, aunque a lo mejor alguna de las personas que conozco puede sufrirlo y yo no saberlo.

**2. ¿Cree que las personas que padecen trastorno bipolar están rechazadas y estigmatizadas por la sociedad? ¿Y por sus familias?**

Yo creo que las personas que padecen este trastorno sí que son un poco rechazadas por parte de la sociedad, si se desconoce que lo padecen no, pero muchas personas nada más que saben que una persona padece una enfermedad mental la rechazada y estigmatiza, y esto es debido a la falta de información que tienen estas personas sobre esta enfermedad.

Yo creo que las personas que padecen un trastorno bipolar no son rechazadas ni estigmatizadas por su familia, al contrario, son un gran apoyo para ellos, aunque siempre hay excepciones.

**3. ¿Cree que estas personas tienen problemas para ser contratadas en un empleo? ¿Cuáles son los motivos para este rechazo? (Esto es importante, no es tanto preguntar si se cree que son rechazadas sino tratar de encontrar los motivos de boca de personas “de la calle”. Eso te servirá para entender las razones de la exclusión o la marginación.**

En el ámbito laboral yo creo que estas personas tienen dificultades para acceder a un empleo, porque cuando estas personas se sienten deprimidas hay ocasiones en las que no van a trabajar, por lo que en los empleos no quieren a alguien que tenga mayores dificultades para ir a trabajar, y además tienen dificultades por el desconocimiento que se tiene de la enfermedad, que hay gente que considera que pueden ser peligrosos... También yo creo, que estas personas cuando acceden a puestos de trabajo no dicen

que tienen este trastorno para no sufrir el rechazo, y que así los contraten, y considero que estas personas tienen mayor dificultad para acceder a trabajos de mayor responsabilidad, siendo relegados a trabajos más precarios.

**4. ¿Cree que personas con esta patología tienen las mismas oportunidades de igualdad que el resto de individuos?**

Yo creo que no, se debería de hacer políticas y acciones de discriminación positiva, y hacer incidencia en la ciudadanía para que se conociera este trastorno, y así muchas de las personas no los rechazaría ni estigmatizaría.

**5. ¿Le importaría que su vecino o algún familiar tuviese trastorno bipolar?**

No me importaría que alguna de las personas de mi entorno lo padeciera.

**6. ¿Ha conocido o tenido relación con personas con esta patología?**

Nunca he conocido ni he tenido relación con personas con esta patología.

**7. ¿Cree que esta patología se da de igual manera tanto en hombres como en mujeres?**

Yo creo que sí, que se puede producir este trastorno tanto en hombres como en mujeres, pero tampoco lo sé seguro dado que no sé mucho sobre esta enfermedad. Y respecto a su vida, creo que tienen los mismos problemas de estigmatización, rechazo, laborales... siendo hombre que mujer.

**8. ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo para consumir drogas?**

Yo creo que sí, porque en los episodios más depresivos yo creo que es más fácil que puedan consumirlas.

**9. Hay algo que lo le he preguntado y le gustaría añadir.**

Yo creo que las personas que sufren el trastorno bipolar se sienten rechazadas y estigmatizadas, dado que en muchas ocasiones no dicen que padecen este trastorno. Además creo que se tienen unos estereotipos negativos sobre este colectivo dado el desconocimiento sobre el tema.

## ENTREVISTA PERSONA DE LA CALLE (ALVARO)

**1- ¿Conoce lo que es el trastorno bipolar? ¿Ha conocido alguna vez o se ha relacionado con personas con trastorno bipolar?**

Pienso que puede ser, lo que se suele llamar doble personalidad. Una enfermedad que el que la sufre tiene episodios emocionales muy opuestos. Puede estar en un episodio tremendo de euforia o agresividad extrema y pasar a un estado de arrepentimiento o de frustración.

No conozco a nadie que sufra este trastorno, o por lo menos que yo sepa que lo tienen.

**2- ¿Cree que las personas que padecen trastorno bipolar están rechazadas y estigmatizadas por la sociedad? ¿Y por sus familias?**

Supongo que habrá diferentes grados de trastorno, un grado leve es posible que pueda llevar una vida bastante normal, trabajo, familia. Y ya, grados más altos posiblemente no estén capacitados para convivir socialmente y tengan que estar en centros especializados. No creo que estén rechazadas por la sociedad ni por sus familias generalmente, pero siempre puede haber algún caso específico que rompa la regla.

**3- ¿Cree que estas personas tienen problemas para ser contratadas en un empleo? ¿Cuáles son los motivos para este rechazo? (Esto es importante, no es tanto preguntar si se cree que son rechazadas sino tratar de encontrar los motivos de boca de personas “de la calle”. Eso te servirá para entender las razones de la exclusión o la marginación.**

Al igual que en la pregunta anterior, todo depende del grado del trastorno de cada uno, puede haber casos en que una persona con este trastorno este en una empresa y sin ningún problema. Puede haber casos seguramente en el que hayan tenido que prescindir en alguna empresa de alguien por culpa del trastorno. Y también es posible que haya habido casos en los que no hayan contratado a alguien.

Las empresas normalmente buscan gente responsable y que pueda ofrecer disponibilidad. Si saben que una persona está enferma y no van a poder tener total



disponibilidad de ella o no va a ser capaz en algunos casos de desarrollar determinadas funciones, es un claro impedimento a la hora de contratar a alguien.

**4- ¿Cree que personas con esta patología tienen las mismas oportunidades de igualdad que el resto de individuos?**

En general pienso que tienen un gran hándicap en su contra para poder tener las mismas oportunidades.

**5- ¿Le importaría que su vecino o algún familiar tuviese trastorno bipolar?**

Si fuera un vecino, siempre y cuando no alterara la convivencia vecinal no tendría ningún problema, y si no fuera así pues posiblemente dada la naturaleza del caso no quedaría más remedio que aguantarse. Y si fuera un familiar haría todo lo que hiciera falta por ayudarlo.

**6- ¿Ha conocido o tenido relación con personas con esta patología?**

No conozco a nadie.

**7- ¿Cree que esta patología se da de igual manera tanto en hombres como en mujeres?**

No conozco estadísticas, pero supongo que se podrá dar igual en ambos géneros.

**8- ¿Cree que las personas con trastorno bipolar tienen más factores de riesgo para consumir drogas?**

Pienso que sí, que tienen más riesgo de acabar consumiendo drogas.

**9- Hay algo que no le he preguntado y le gustaría añadir.**

En mi opinión pienso que este trastorno no es una enfermedad como un virus que lo coges y ya estás así, es fruto del entorno, de las relaciones sociales y familiares de cada uno. Puede ser originado por un fuerte trauma personal, la pérdida de alguien, la ruptura de una relación, o quizás malos tratos en la infancia.